



# ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚM. 1

COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS  
ÁREA DE SERVICIO MÉDICO ESCOLAR



## RESPONSIVA

CICLO ESCOLAR 2024-2025

C. MADRE, PADRE DE FAMILIA O TUTOR (A): \_\_\_\_\_  
ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GDO: \_\_\_\_\_ GPO: \_\_\_\_\_

LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS, COMUNICA A USTED QUE UNO DE LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIR A SU HIJA(O) A PRIMER GRADO ES EL REFERENTE A LA HISTORIA CLÍNICA, ASENTANDO DATOS VERÍDICOS.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE SER REQUISITADA POR EL MÉDICO FAMILIAR O PARTICULAR DEL ESTUDIANTE, CON FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL QUE VALIDE LA CONDICIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE. POR SEGURIDAD NO SE ACEPTARÁ LA HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA O REQUISITADA POR LOS PADRES.

SI SU HIJA(O) TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD Y REQUIERE DE ATENCIÓN ESPECIAL O TIENE TRATAMIENTO MÉDICO, ES IMPORTANTE QUE LO COMUNIQUE AL ÁREA MÉDICA, DE LO CONTRARIO NO NOS HACEMOS RESPONSABLES DE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDA GENERAR EN LA SALUD DE SU HIJA(O) LA FALTA DE INFORMACIÓN CON RESPECTO A ESTE RUBRO.

SI POR ALGÚN MOTIVO, CAMBIA DE DOMICILIO O TELÉFONO, INFORME AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL LO MÁS PRONTO POSIBLE, ASEGÚRESE DE QUE SU HIJA (O) CONOZCA SU NÚMERO TELEFÓNICO, SU DOMICILIO Y EL LUGAR EN DONDE TRABAJA, ASÍ SERÁ FÁCIL SU LOCALIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.

NOTA: SI SU HIJA (O) PRESENTA SÍNTOMAS COMO TOS, GRIPA, FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA Y/O DOLOR DE CABEZA NO LO ENVÍE A LA ESCUELA. COMUNÍQUESE AL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL.

ATENTAMENTE  
LA DIRECCIÓN.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ACEPTACIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_



**ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚM. 1**  
COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS  
ÁREA DE SERVICIO MÉDICO ESCOLAR



**HISTORIA CLÍNICA**  
DEBERÁ SER REQUISITADA POR SU MÉDICO FAMILIAR  
CICLO ESCOLAR 2024-2025

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ NÚM. DE LISTA: \_\_\_\_\_ ORIGINARIO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
TIPO SANGUÍNEO GRUPO: \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**INTERROGATORIO**

¿HAS PADECIDO COVID 19? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
SI LO PADECISTE, ¿TE QUEDARON ALGUNAS SEQUELAS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
¿TE APLICARON LA VACUNA CONTRA COVID 19? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿TE HAN APLICADO EL REFUERZO DE LA VACUNA? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**TIPO DE VIVIENDA**

¿CON CUANTAS HABITACIONES CUENTAS? \_\_\_\_\_ ¿PARA CUANTAS PERSONAS? \_\_\_\_\_  
TIPO DE MATERIAL DE LA VIVIENDA \_\_\_\_\_  
¿CUENTA CON AGUA? \_\_\_\_\_ ¿DE QUÉ TIPO? \_\_\_\_\_ LUZ: \_\_\_\_\_ GAS: \_\_\_\_\_ DRENAJE: \_\_\_\_\_  
¿CUENTA CON PAVIMENTACIÓN LA CALLE DÓNDE VIVE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:**

MENARCA: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ REGULAR O IRREGULAR: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

¿ALGUNA ENFERMEDAD CONGÉNITA? \_\_\_\_\_  
¿ERES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ ¿CÚAL? \_\_\_\_\_  
¿ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA? \_\_\_\_\_  
CIRUGÍAS \_\_\_\_\_  
PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_

**INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:**

RESPIRATORIO \_\_\_\_\_  
¿PADECES DE ASMA? \_\_\_\_\_  
CARDIOVASCULAR \_\_\_\_\_  
DIGESTIVO \_\_\_\_\_  
GENITOURINARIO \_\_\_\_\_  
NERVIOSO \_\_\_\_\_  
MÚSCULO ESQUELÉTICO \_\_\_\_\_  
PIEL Y ANEXOS \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA:  
SIGNOS VITALES**

TA: \_\_\_\_\_ F. C: \_\_\_\_\_ F. R: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_  
ESTATURA: \_\_\_\_\_ I.M.C: \_\_\_\_\_  
CABEZA: \_\_\_\_\_  
USA LENTES: \_\_\_\_\_ AGUDEZA VISUAL: O I: \_\_\_\_\_ O D \_\_\_\_\_  
CUELLO \_\_\_\_\_  
TÓRAX \_\_\_\_\_  
ABDOMEN \_\_\_\_\_  
EXTREMIDADES \_\_\_\_\_  
NEUROLÓGICO \_\_\_\_\_  
PIE PLANO: \_\_\_\_\_ PIE EQUINO VARO: \_\_\_\_\_ PIE EQUINO VALGO: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO INTEGRAL \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS:**

ES DERECHOHABIENTE A: IMSS ( ) ISSSTE ( ) SSA ( ) OTROS ( )  
NOMBRE DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_  
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
OTRAS PERSONAS \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

NOTA: original para el expediente del estudiante.