

Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 5  
SERVICIO MÉDICO ESCOLAR

**HOJA CLÍNICA DEL ALUMNO**

LOS DATOS QUE HA CONTINUACION PROPORCIONES **SERAN MANEJADOS DE MANERA CONFIDENCIAL** Y FORMARÁN PARTE DE TU EXPEDIENTE CLINICO, POR LO TANTO TE PEDIMOS SEAS CUIDADOSO Y PROPORCIONES RESPUESTAS VERIDICAS.

**DATOS DEL ESTUDIANTE**

GENERACION: 2021 -2024

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )

LUGAR DE ORIGEN: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ SEM: \_\_\_\_\_ GPO: \_\_\_\_\_

QUE INSTITUCION TE BRINDA SERVICIO MÉDICO: ISSSTE ( ) IMSS ( ) PEMEX ( ) MINERA ( ) HOSPITAL MILITAR ( )

NINGUNA ( ) QUIEN LO PROPORCIONA: \_\_\_\_\_

EN CASO DE ALGUN PROBLEMA DE SALUD, PERSONAL, ACADEMICO Y/U OTRO AVISAR A: \_\_\_\_\_

CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INDICA LAS VACUNAS QUE TE HAN SIDO APLICADAS**

TUBERCULOSIS	SI _____ NO _____	DIFTERIA	SI _____ NO _____
POLIOMELITIS	SI _____ NO _____	TOSFERINA	SI _____ NO _____
TETANOS	SI _____ NO _____	HEPATITIS	SI _____ NO _____
INFLUENZA	SI _____ NO _____	OTRAS ESPECIFIQUE _____	

**ENFERMEDADES PATOLÓGICAS DEL ESTUDIANTE QUE HA PADECIDO:**

ASMA	SI _____ NO _____	ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	SI _____ NO _____
ENFERMEDADES DEL CORAZON	SI _____ NO _____	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES	SI _____ NO _____
PRESION ARTERIAL ALTA	SI _____ NO _____	CONVULSIONES	SI _____ NO _____
DIABETES	SI _____ NO _____	INFARTO DEL CORAZON	SI _____ NO _____
CÁLCULOS EN LOS RIÑONES	SI _____ NO _____	FIEBRE TIFOIDEA	SI _____ NO _____
ARTRITIS	SI _____ NO _____	ENFERMEDADES DE LA TIROIDES	SI _____ NO _____
AMIBIASIS	SI _____ NO _____	BRONQUITIS	SI _____ NO _____
CÁLCULOS DE VISICULA BILIAR	SI _____ NO _____	TUMORES	SI _____ NO _____
FALTA DE DESCENSO TESTICULAR	SI _____ NO _____	CARIES	SI _____ NO _____
TUBERCULOSIS	SI _____ NO _____	FRACTURAS	SI _____ NO _____
ENFERMEDADES DEL PANCREAS	SI _____ NO _____	HEMORROIDES	SI _____ NO _____
TOS CRÓNICA	SI _____ NO _____	ANEMIA	SI _____ NO _____
VARICES	SI _____ NO _____	NERVIOS	SI _____ NO _____
HEPATITIS	SI _____ NO _____	DOLOR DE CABEZA	SI _____ NO _____
OBESIDAD (SOBRE PESO)	SI _____ NO _____	PARÁLISIS DE LA CARA	SI _____ NO _____
MAREOS	SI _____ NO _____	VE BIEN	SI _____ NO _____
HIPOACUCIA (DIFICULTAD PARA OIR)	SI _____ NO _____	DUERME BIEN	SI _____ NO _____
ENFERMEDADES DEL INTESTINO	SI _____ NO _____	DIARREA FRECUENTE	SI _____ NO _____
PARALISIS DEL CUERPO	SI _____ NO _____		_____
LO HAN OPERADO ALGUNA VEZ	SI _____ NO _____	DE QUE: _____	
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD:	SI _____ NO _____	DE QUE TIPO: _____	
USA LENTES:	SI _____ NO _____	TIPO DE PROBLEMA: _____	
TIENES ALGUNA ALERGIA:	SI _____ NO _____	A QUE: _____	
CON QUE MANO ESCRIBES	DERECHA ( )	IZQUIERDA ( )	AMBAS ( )

TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_

QUE ENFERMEDAD PADECES ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

ESTAS EN TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

## ASEO PERSONAL

BAÑO DIARIO SI  NO  CAMBIO DE ROPA DIARIO SI  NO   
SE LAVAN LAS MANOS ANTES DE COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO SI  NO

## ANTECEDENTES PERSONALES NO DE ENFERMEDAD DEL ESTUDIANTE:

### INDIQUE Y ESPECIFIQUE SU ALIMENTACION:

DESAYUNO: \_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_

CENA: \_\_\_\_\_

LLEVAS ALGUNA DIETA SI  NO  INDICADA POR ALGUN MEDICO SI (  ) NO (  )

EN QUE CONSISTE: \_\_\_\_\_

## VIVIENDA

Nº DE CUARTOS \_\_\_\_\_ Nº DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_ AGUA POTABLE SI  NO

VIVES CON TUS PAPAS SI  NO  SI ANOTASTE QUE NO, INDIQUE EL MOTIVO Y CON QUIENES VIVES \_\_\_\_\_

## DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

VIVEN JUNTOS  SEPARADOS  DIVORCIADOS  OTRA PAREJA

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ MPIO: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS RELEVANTES: \_\_\_\_\_

## ENFERMEDADES QUE HAN PADECIDO LOS PADRES DEL ESTUDIANTE:

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ASMA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PRESION ARTERIAL ALTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LOS PULMONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CÁLCULOS EN LOS RIÑONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	COMVULSIONES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ARTRITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE PROSTATA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
AMIBIASIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÁLCULOS EDE VISICULA BILIAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TUBERCULOSIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INFARTO DEL CORAZÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIEBRE TIFOIDEA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TOS CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LA TIROIDES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VARICES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BRONQUITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HEPATITIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TUMORES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBESIDAD (SOBRE PESO)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ALERGIAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
GOTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CARIES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MAREOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FRACTURAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PARÁLISIS DEL CUERPO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HEMORROIDES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESCUCHA BIEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ANEMIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIARREA FRECUENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NERVIOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PARALISIS DE LA CARA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DUERME BIEN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DEL INTESTINO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

QUE OPERACIÓN LE HAN REALIZADO: \_\_\_\_\_

VE BIEN SI (  ) NO (  ) QUE PROBLEMA TIENE \_\_\_\_\_ TIENE ALGUN TRATAMIENTO. \_\_\_\_\_

TOMA VINO (QUE TAN FRECUENTE) \_\_\_\_\_

FUMA (CUANTOS CIGARRILLOS CONSUME AL DIA) \_\_\_\_\_

**Favor de imprimir, requisitar y enviar al siguiente correo  
cbtis5.serviciomedico@gmail.com en el periodo del 10 al 14 de agosto de 2021**

