

**CENTRO ESCOLAR JUANA DE ASBAJE
PREPARATORIA "JOSÉ SIXTO VEDUZCO"
FORMATO MÉDICO CICLO 2026-2027**



Instrucciones: El presente cuestionario tiene la finalidad de recabar información relevante sobre algunos aspectos de salud de su hijo(a), a petición de la Secretaría de Educación Pública (SEP) Y DEL Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), mismos que serán utilizados para la conformación de su expediente. Se le pide contestar con veracidad. *TODOS LOS DATOS, SON DEL ALUMNO.*

Nombre completo del alumno _____

Fecha de nacimiento (día, mes, año) _____ Grado _____ Grupo _____

Género: Hombre _____ Mujer _____ **Grupo Sanguíneo** (ej. B Positivo, O negativo): _____

Peso en kg.: _____ **Estatura en metros:** _____

1. ¿El alumno(a) es alérgico a algún medicamento? Sí _____ No _____
Si la respuesta es sí, especifíquelos: _____
2. ¿Actualmente su hijo toma algún medicamento(s)? Mencione cuáles _____
3. ¿Hay alguna indicación de su médico particular que menciona restricción de algún medicamento o limitación en actividades físicas que debamos conocer de su hijo (a)?
Especifique: _____
4. ¿Su hijo(a) ha tenido cirugías u hospitalizaciones en los últimos seis meses? Mencione: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS. Marque con una **X** si su hijo (a) tiene **DIAGNOSTICADO** (no que crea que lo tiene) algún padecimiento del siguiente grupo:

	SI	NO		SI	NO
Utiliza lentes (aún de contacto)			Problema tiroideo (hipertiroidismo, hipotiroidismo)		
Miopía			Problemas cardiacos		
Astigmatismo			Asma		
Hipoacusia (disminución de la capacidad auditiva)			Sinusitis		
Sordera			Alergias (alimentos, medicamentos)		
Padece Trastorno Convulsivo			Deformidad ósea o neuromuscular		
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)			Diabetes Mellitus		
Migraña			Algún Síndrome (ej. Down, de Lowe, Asperger u otro).		
Trastornos sanguíneo			Discapacidad motriz		

Si la respuesta es sí a cualquiera de las anteriores, O TIENE ALGUNO NO ANOTADO EN LA LISTA, especifique el padecimiento (por ejemplo, soplo cardiaco, migralepsia, trastorno depresivo, escoliosis, pie equino, utiliza prótesis o aparato ortopédico, púrpura, lupus, leucemia, entre otros)

*** MUY IMPORTANTE: ANOTAR TELÉFONO(S) EN **DONDE SE LES PUEDA LOCALIZAR** EN CASO NECESARIO _____

DR. SIXTO VERDUZCO, A.C., con domicilio en Dr. Verduzco Sur No. 380 Col. Centro, Zamora, Michoacán, C.P. 59600, es responsable del uso y protección de los datos personales recabados, mismos que serán utilizados con fines académicos, administrativos e informativos.

Ver aviso de privacidad completo en: www.ceja.edu.mx

Firma Padre o Tutor

Firma Madre o Tutora