



# Ficha Médica



Nombre del alumno:			
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Especialidad:			Semestre y grupo:

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social (NSS): \_\_\_\_\_

Domicilio actual: \_\_\_\_\_

Calle    Núm.    Colonia o población

¿Con qué servicio de salud cuentas? [ ] IMSS [ ] ISSSTE [ ] Seguro Popular [ ] Ninguno

¿Te han diagnosticado algún padecimiento crónico o alergia? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padeces crisis convulsivas? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padeces diabetes/ hipertensión? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padeces alguna enfermedad mental? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tomas algún medicamento controlado? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Has consumido alguna droga o algún estupefaciente? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padeces algún trastorno alimenticio? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Has consumido, o consumes alcohol? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Has consumido o consumes tabaco? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Realizas alguna actividad física? [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Cómo consideras que es tu alimentación? [ ] Buena [ ] Mala [ ] Regular

¿Con qué frecuencia acudes a revisión médica? \_\_\_\_\_

Sufres alguna discapacidad: [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Cuentas con algún tipo de Beca: [ ] Si [ ] No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Vives con tu responsable: [ ] Si [ ] No

Nombre y firma del responsable: \_\_\_\_\_

Número telefónico del responsable: \_\_\_\_\_

La información proporcionada, es para fines preventivos, de seguimiento, cuidado y salud.