



## Ficha Médica



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

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
Número de Seguridad Social (NSS): \_\_\_\_\_

Domicilio actual:

\_\_\_\_\_

Calle

Núm.

Colonia o población

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

¿Tienes un padecimiento médico diagnosticado? (Crónico o alergia) [ ] Si [ ] No ¿Cuál?

¿Presentas algún padecimiento neurológico? (Crisis convulsivas) [ ] Si [ ] No ¿Cuál?

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

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

¿Te encuentras bajo tratamiento médico específico 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?

Nombre y firma del tutor: \_\_\_\_\_

Número telefónico del tutor: \_\_\_\_\_

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