



Ficha Médica

FECHA: _____



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.

