



Guadalajara Escuela del Futuro, A.C.
Av. López Mateos Sur 6178-A, Fracc. Las Fuentes
45070 Guadalajara, Jalisco, México
TEL/FAX 001-523-632-1198

Historia Médica

Nombre del alumno/Student's name _____ Fecha de Nac./Birthday _____ / _____ / _____
Día/Day Mes/Mo. Año/Year _____ Sexo/Sex _____

Estado de salud del padre/Father's state of health _____

Estado de salud de la madre/Mother's state of health _____

FAVOR de anotar las enfermedades pasadas de su hijo: _____

FAVOR de indicar las incapacidades recientes de su hijo:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 4 o más resfriados al año | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Dificultades para oír |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de garganta | <input type="checkbox"/> Dolores abdominales | <input type="checkbox"/> Se cansa fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Visión pobre | <input type="checkbox"/> Orina frecuente | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de piernas | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Tiña |
| <input type="checkbox"/> Defectos dentales | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultades para hablar | <input type="checkbox"/> Hemorragias nasales | |

¿Tiene su hijo alguna alergia? _____

¿Está bajo tratamiento médico? _____ ¿Cuál? _____

¿Toma diariamente algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____

¿Requiere alguna atención médica especial en la escuela? _____

A ningún estudiante se le excusará de la clase de educación física, sin una solicitud por escrito de su médico. Si su hijo falta a clases por tres días o más por enfermedad, es necesario presentar un justificante por escrito de su médico. Ningún alumno debe asistir a clases cuando tenga alguna enfermedad contagiosa. FAVOR de indicarnos si su hijo puede tomar en caso necesario los siguientes medicamentos: Aspirina, Tylenol, PeptoBismol u otro _____. FAVOR de anotar los datos de su médico familiar o su afiliación al IMSS o Centro Médico: _____

Nombre del doctor o Institución Médica

Teléfono

El seguro escolar cubre accidentes dentro del plantel escolar, pero no enfermedades. Si su hijo necesita atención médica en el transcurso del día escolar, haremos todo lo posible por avisarles. PERO, si no logramos comunicarnos con Uds., ¿Nos conceden la autorización de solicitar atención médica para su hijo en caso necesario? _____

Padre/Father

Madre/Mother

Fecha/Date