

**CÍRCULO MEXICANO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA, S.C.**

**FICHA MÉDICA**

El motivo de la presente, es solicitar a usted los datos de la historia clínica del portador de la misma, con el fin de estar al tanto del estado de salud, desarrollo psicomotor, enfermedades importantes, esquema de vacunación del niño(a), con la única intención de conocer si existen, con base a su indicación, consideraciones especiales para actividades físicas, estimulación temprana, medicamentos específicos y regulares por algún motivo de enfermedad.

Por lo que agradeceríamos llenar el siguiente cuestionario.

NOMBRE DEL ALUMNO:

EDAD (incluyendo meses):  SEXO:

PRODUCTO GESTA:

EMBARAZO:

- A Término                       Pretérmino                       Postérmino

EMBARAZO RESUELTO:

- Eutócico                       Distócico

(Por qué)

APGAR:

PESO AL NACIMIENTO:

TALLA AL NACIMIENTO:

ALTERACIONES ESPECÍFICAS AL NACIMIENTO:

ALIMENTACIÓN:

- Seno materno                       Leche maternizada                       Sustituto de soya                       Leche entera

ABLACTACIÓN (EDAD):

INTOLERANCIA ALIMENTOS:                       Si                       No

(Cuáles)

DESARROLLO PSICOMOTOR (Escribir la edad):

- Sostiene la cabeza:
- Se sienta con ayuda:
- Se sienta solo:
- Guturiza:
- Palabras sueltas:
- Gatea:
- Camina:
- Control de esfínteres:

ANTECEDENTES DE ALTERACIONES ESPECÍFICAS:

- Hiperquinesia
- Trastornos del sueño
- Terrores nocturnos
- Enuresis
- Encopresis
- Auras
- Alucinaciones auditivas
- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones olfativas
- Apatía
- Ausencias
- Crisis convulsivas (tipo)
- Miedos injustificados
- Actos compulsivos
- Tics
- Succión del pulgar
- Mordedura de uñas
- Tricotilomanía
- Trastornos del habla
- Agresividad
- Introversión

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS (Escribir la edad):

- FARINGOAMGDALITIS DE REPETICIÓN (Frecuencia):
- ESCARLATINA:
- OTITIS:
- FIEBRE REUMÁTICA:
- ASMA BRONQUIAL:
- CUADROS ALÉRGICOS (Tipos de alergias):
- PAROTIDITIS:
- HEPATITIS VIRAL:
- CARDIOPATÍAS (Cuál):
- NEUMOPATÍAS (Cuál):
- PAROSITOSIS INTESTINALES (Cuál):
- UROSEPSIS:
- FIMOSIS O PARAFIMOSIS:

- AGUDEZA VISUAL:  Normal  Alterada

AGUDEZA AUDITIVA:  Normal  Alterada

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

(Edad, Cuál)

ALTERACIONES ORTOPÉDICAS ESPECÍFICAS:

(Cuáles)

MEDICAMENTOS QUE REQUIERAN SER ADMINISTRADOS REGULARMENTE DENTRO DEL HORARIO ESCOLAR:

TIPO:

HORARIO:

INDICACIONES PARTICULARES:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA.

Los datos aquí registrados son de la responsabilidad del médico pediatra tratante por lo que le solicitamos nombre completo y teléfono en caso de requerir o confirmar su información.

NOMBRE Y FIRMA DEL PEDIATRA:

REG. DE PROFESIONES:

TELÉFONO(S):

FECHA:

Agradecemos su atención a la presente quedando de ustedes.

ATENTAMENTE

CIRCULO MEXICANO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA