|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del alumno (a): | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |
| Apellido paterno: |  | | | |  | | Apellido materno: | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |  |  | | |  | |
| Edad al 30 de agosto: | |  | | SEXO: | | ○ Femenino | | | | ○ Masculino | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nombre del padre o tutor:*** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono de casa |  |  | Teléfono oficina: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono celular: |  |  | Correo electrónico: |  |

Domicilio (calle, número, colonia, delegación, D. P.):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nombre de la madre:*** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono de casa |  |  | Teléfono oficina: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfono celular: |  |  | Correo electrónico: |  |

Domicilio (calle, número, colonia, delegación, D. P.):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nombre del pediatra*** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Reg. Fed. Profesiones |  |  | Teléfonos: |  |

**INFORMACIÓN MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo Sanguíneo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha del último refuerzo de Tetános: |  |

SEÑALE LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO EL ALUMNO:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Faringoamigdalitis de repetición (frecuencia): |  |
|  |  |  |
|  | Escarlatina: |  |
|  |  |  |
|  | Otitis: |  |
|  |  |  |
|  | Fiebre Reumática: |  |
|  |  |  |
|  | Parasitosis Intestinal (Especifique) |  |
|  |  |  |
|  | Asma Bronquial: |  |
|  |  |  |
|  | Hepatitis |  |
|  |  |  |
|  | Cardiopatías (Especifique) |  |
|  |  |  |
|  | Neumopatías (Especifique) |  |
|  |  |  |
|  | Alergias |  |
|  |  |  |
|  | Parotiditis |  |
|  |  |  |
|  | Epilepsia |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Agudeza visual |  |  | Normal |  |  | Alterada |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Usa lentes el alumno |  |  | Si |  |  | No |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Agudeza auditiva |  |  | Normal |  |  | Alterada |

Antecedentes quirúrgicos, especifique tipo de cirugías y la edad en que fue sometido(a)

|  |
| --- |
|  |

Antecedentes ginecológicos de las Alumnas:

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la 1° menstruación |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Padece de dolores menstruales: |  |  | Si |  |  | No |

En caso de respuesta afirmativa especifique tratamiento:

|  |
| --- |
|  |

Medicamentos que requieren ser administrados dentro del horario escolar:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Horario: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamentos a los que el alumno (a) es alérgico (a) |  |

Teléfonos de emergencia en caso de no encontrar a los padres:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  | Parentesco: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfonos fijos: |  |  | Teléfono celular: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  | Parentesco: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfonos fijos: |  |  | Teléfono celular: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  |  | Parentesco: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Teléfonos fijos: |  |  | Teléfono celular: |  |

Autorizo al personal de Círculo Mexicano de Integración Educativa a tomar medidas de emergencia necesarias en caso de que mi hijo(a) enferme o sufra algún accidente durante el horario escolar.

Mientras mi hijo(a) concurra al colegio a su digno cargo, deslindo al personal de éste, de toda responsabilidad respecto al estado de salud Mental, física, así como el uso de medicamento y sus efectos secundarios, además de aparatos ortopédicos y terapias que recibía por un padecimiento previo especificado o no en esta ficha médica.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del padre o tutor |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de la madre: |  |