INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

CENTRO DE ESTUDIOS CIENTIFICOS Y TECNOLOGICOS

No 1 "GONZALO VAZQUEZ VELA"

HISTORIA CLINICA

DATOS DEL ALUMNO

Nombre completo del alumno_____ **Grupo:** _____

No. Boleta _____Turno_____ CURP_____

Fecha de Nacimiento___/_____/_____Edad ___ Sexo____ Ocupación_____

Estado civil_____ Correo electrónico _____

Tel. de casa_____ Tel. celular padre o tutor_____

Domicilio: Calle_____ Col._____

Delegación o Municipio _____ Estado_____ C.P. _____

Nombre Tutor_____

No. Seguridad Social personal IMSS (localízalo en https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/asignacionNSS) _____**clínica IMSS**_____ Tipo De Sangre: _____

Peso____ Kg Estatura_____mts Medida Cintura_____ cms

¿Has tenido transfusiones de sangre?____ ¿Tienes algún Padecimiento Visual? Si □ o No□

-Miopía □ - Hipermetropía □ -Astigmatismo □

¿QUÉ PADECIMIENTOS TIENEN TUS FAMILIARES? (TACHALOS).

Asma □ Cáncer de matriz □ Cáncer De Mama □ Otro tipo de cáncer □ Corazón □ Hipertensión □

Diabetes□ Tiroides□ Leucemia□ Hemofilia□ Obesidad □ Otros_____

¿En que familiar?_____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

¿Te han operado en alguna ocasión? Si □ No □ ¿De qué?_____ y ¿Cuando?_____

¿Tuviste Alguna Complicación? Si □ No □ ¿Cuál?_____

¿Eres alérgico a algo? Si □ No □ ¿A qué ?_____

¿Has tenido golpes o fracturas? Si □ No □ ¿En qué parte de tu cuerpo?_____

¿Hace cuánto tiempo?_____ ¿Cuál Fue Tu Tratamiento?_____

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

¿Qué vacunas te han aplicado? (Marca con una X)

Hepatitis B □ Tétanos □ Sarampión □ Influenza □ Rubeola □

Revisa tu cartilla de vacunación e indícanos, ¿Cuál(es) te falta(n)? _____

¿Cuáles Son Tus Actividades Favoritas? (marca con una X)

Estudiar □ Ver televisión □ Internet □ Teatro □ Trabajar □ Ejercicio □ Salir con amigos □

Bailar □ Leer □ Videojuegos □ Eventos Culturales □ Museos □ Convivir Con La Familia □

Cine □ Ayudar en casa □ Escuchar música □

¿Cuantas Veces Por Semana Comes?:

Pollo _____ Fruta _____Pescado ____Verdura _____ Res_____ Queso _____ Huevo _____ Leche ___

¿Haces Ejercicio? Si □ No □ ¿Que deporte y cuantas veces por semana?_____

¿Cuantas veces al día te lavas los dientes?____ ¿Cada cuando tomas café y en qué cantidad?_____ ¿Padeces de insomnio?_____

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

CENTRO DE ESTUDIOS CIENTIFICOS Y TECNOLOGICOS

No 1 "GONZALO VAZQUEZ VELA"

¿Consumes bebidas alcohólicas? Si □ No □ ¿Cuántas veces por mes?____ y ¿Cuantas Copas?____

¿Fumas? Si □ No □ ¿Cuántas veces por semana?____ y ¿Cuantos cigarros por semana?_____

¿Tienes Alguna Discapacidad? Si □ No □ ¿De qué Tipo? Motriz □ Visual□ Mental□ Auditiva □

¿**Padeces De Alguna Enfermedad**? Si □ No □ **Descríbela**_____

¿Qué medicamentos y dosis consumes actualmente?_____

SOLO MUJERES

¿A qué edad iniciaste la menstruación?_____ años Fecha de ultima menstruación_____

¿Has tenido embarazos? Si □ No □ ¿Cuántos?_____ ¿Has tenido abortos? Si □ No □

¿Cuántos?_____ ¿Has tenido cesáreas? Si □ No □ ¿Cuántas?_____

Nombre y firma del alumno(a)	Nombre y firma del padre o tutor	Firma del médico de la escuela

(Para ser llenado únicamente por padre o tutor)

Por este medio autorizo al personal del servicio Médico y Odontológico del plantel a administrar medicamento y a realizar exploración física y dental (NO GINECOLOGICAS) o algún otro procedimiento médico de urgencias (curación, sutura, entablillado, aplicación de férulas), en caso de que mi hijo(a) _____ de ____ años, en su condición de alumno inscrito, presente algún padecimiento, enfermedad y/o accidente durante su estancia en el plantel educativo.

Proporciono el número de teléfono de mi domicilio particular _____ y celular _____ para notificación inmediata, solamente en caso de que la vida de mi hijo se encuentre en riego autorizo que se lleve a la clínica del IMSS más cercana por lo que **me comprometo** a tener el número de seguridad social de mi hijo **activo**, esto solicitando el número en la página del IMSS digital (https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/asignacionNSS) y llevando al servicio médico de la escuela la constancia de vigencia (https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia) solamente en caso de que marque **No** vigente dicha constancia, esto a la brevedad posible para que este servicio se encargue de activarlo y posteriormente al marcar la constancia **Si** cuenta con vigencia pueda acudir a la clínica a llevar sus documentos para solicitar su carnet. Así mismo estoy informado de que en caso de que mi hijo tenga alguna enfermedad que en algún momento pueda poner en riesgo su vida (como cardiopatías, crisis convulsivas, asma grave, etc.) debo manifestarlo personalmente con el medico del turno en que se encuentra mi hijo proporcionando un resumen médico.

NOMBRE y firma del padre, madre o tutor: _____

Elaboro: Dra. Liliana Morales Calderón