

• FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

Fecha: _____

NOMBRE: _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

EDAD: _____

AÑOS CUMPLIDOS

PESO: _____

CON GRAMOS

TALLA: _____

CON CM

SEXO: _____

DIRECCIÓN: _____

CALLE, NÚM. EXTERIOR, NÚM. INTERIOR, COLONIA, DELEGACIÓN Y/O MUNICIPIO (INFORMACIÓN ACTUALIZADA)

ESTADO DE LA REPÚBLICA PROVENIENTE: _____

Y AÑOS DE RADICACIÓN

TELÉFONO(S): _____

CON CLAVE LADA

INSTRUMENTO: _____

Y TIEMPO DE EJECUCIÓN (AÑOS)

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

ENFERMEDADES U OPERACIONES RECIENTES: _____

NOMBRE DEL EVENTO QUIRÚRGICO Y/O ENFERMEDAD, FECHA Y/O TIEMPO DE PADECIMIENTO (2 AÑOS A LA FECHA)

MEDICAMENTO (S) ACTUALES Y DOSIS: _____

NOMBRE COMERCIAL, NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO Y TIEMPO DE TOMARLOS

ALÉRGICO A: _____

MEDICAMENTOS O ALIMENTOS

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOTA: Esta información es de carácter confidencial y se empleará por parte del personal médico, para manejo y control de la salud del interesado; por lo tanto es necesario que se proporcione la información completa y veraz.

Antecedentes heredofamiliares

Tus padres, abuelos, hermanos, tíos o tías, primos o primas ¿padecen o padecieron; alguna o algunas de las enfermedades mencionadas? Traza una cruz en la columna que corresponda

PATOLOGIA	Si	No	PATOLOGIA	Si	No
Tuberculosis			Alcoholismo		
Cardiopatías (Enf. del corazón)			Obesidad		
Hipertensión			Hepatitis		
Epilepsia			Toxicomanías (uso de drogas ilícitas)		
Enfermedades mentales o nerviosas			Oncológicos (Cáncer)		
Diabetes			Reumatológicos		
Tabaquismo			Violencia intrafamiliar		
Hemofilia (Problemas para la coagulación de la sangre)			Otras no mencionadas		

Antecedentes personales patológicos

¿Padeces o padeciste alguna o algunas de las enfermedades mencionadas? Traza una cruz en la columna que corresponda

PATOLOGIA	SI	NO	PATOLOGIA	SI	NO
Alergia (alimentos/medicamentos).			Malformaciones		
Meningitis			Quirúrgicos (cirugías previas)		
Convulsiones/Epilepsia			Traumatismos severos (fracturas, luxaciones o esguinces)		
Cefalea (dolor de cabeza frecuente).			Tendinitis		
Mareo. (más de dos veces por semana).			Problemas musculares (contracturas).		
Problemas para dormir o conciliar el sueño			Obesidad.		
Ojos (uso de lentes, disminución de agudeza visual, cirugías estrabismo).			Hipertensión arterial (previamente diagnosticada).		
Disminución en la agudeza auditiva			Diabetes (tipo I o II)		
Otitis externa/media (más de 4 veces al año).			Tabaquismo		
Parálisis facial.			Alcoholismo.		
Rinitis alérgica			Toxicomanías		
Sinusitis.			Depresión o Ansiedad.		
Amigdalitis de repetición (más de 4 al año)			Enf. Reumatológicas (artritis, lupus).		
Asma			Hepatitis (previamente diagnosticada)		
Hiperreactividad bronquial.			Dermatitis atópica.		
Cardiopatías (Enf. del corazón)			Caries		
Diarreas frecuentes (más de 4 al año)			Enf. De la Sangre (anemia, leucemia).		
Parasitosis intestinal			Enf. Oncológicas.		
Pediculosis (piojos).			Otras no mencionadas		

Actualmente necesitas alguna alimentación especial (Si) (No) ¿Cuál? _____

¿Sabes nadar? (Si) (No)