



**ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NO. 173**

Año Escolar: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Salud del Alumno**

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono disponible durante horas escolares: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿Seguro médico? ☐ Privado ☐ IMSS ☐ ISSEMYM ☐ ISSSTE ☐ OTRO

Nombre del Doctor/Ciudad (opcional): \_\_\_\_\_

Médicos Especialistas: (Nombre/Especialidad) \_\_\_\_\_

| ¿Su hijo ha tenido algún problema con?                                                                                                      | Sí | No | Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alergias:</b> ¿En peligro de muerte?                                                                                                     |    |    | Comida (escriba) _____<br>Picadas de insectos (escriba): _____<br>ina. (escriba): _____<br>Temporales Látex _____<br>Otro (escriba): _____<br>Reacción (explique): _____                                                                                                                                                                    |
| <b>Afecciones respiratorias</b> cual:<br>Fecha del diagnóstico: _____<br>Por quien: _____                                                   |    |    | Último episodio: _____<br>Causas: _____<br>Inhalador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No<br>Nebulizador en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| <b>Autismo:</b><br>Fecha del diagnóstico: _____<br>Por quien: _____                                                                         |    |    | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                |
| <b>Enfermedad Sanguínea:</b> (explique)                                                                                                     |    |    | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No<br>Precauciones especiales necesarias en la escuela: _____                                                                                                                                     |
| <b>Problemas en los huesos/articulaciones</b><br>¿Bajo el cuidado de un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No     |    |    | Explique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Lesión Cerebral:</b> <input type="checkbox"/> Adquirido <input type="checkbox"/> Traumático                                              |    |    | Fecha de la lesión: _____ Explique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Cáncer:</b> Tipo: _____                                                                                                                  |    |    | <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado <input type="checkbox"/> Remisión<br><input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Vía venosa central                                                                                                                  |
| <b>Vacunas</b>                                                                                                                              |    |    | <input type="checkbox"/> Esquema completo <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Covid-19<br><input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> Tétanos                                                                                                                                                             |
| <b>Fibrosis Quística</b>                                                                                                                    |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Afectación en la línea del desarrollo</b>                                                                                                |    |    | <input type="checkbox"/> Dimorfos <input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Extremidades Inferiores<br>otro <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                        |
| <b>Diabetes:</b> <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II                                                           |    |    | <input type="checkbox"/> Inyecciones de insulina en la escuela* <input type="checkbox"/> Bomba de insulina*<br><input type="checkbox"/> Medicina oral                                                                                                                                                                                       |
| <b>Síndrome de Down</b>                                                                                                                     |    |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Infecciones de Oído Frecuentes</b>                                                                                                       |    |    | Tubos PE <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Trastorno Endocrino:</b> (explique)                                                                                                      |    |    | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                |
| <b>Desmayos/Pérdida de Conocimiento, frecuentes</b><br>¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |    |    | Último episodio: _____<br>Causas: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Trastorno Gastrointestinal</b>                                                                                                           |    |    | Explique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Trastorno Genético</b>                                                                                                                   |    |    | Explique: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en la Cabeza <input type="checkbox"/> Conmociones Cerebrales                                              |    |    | ¿Cuántos? _____ Edad(es): _____<br>¿Cómo ocurrieron? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Pérdida Auditiva</b><br>Fecha de la última prueba auditiva: _____                                                                        |    |    | Si sí: <input type="checkbox"/> Oído derecho <input type="checkbox"/> Oído izquierdo<br>Aparatos auditivos: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo Implante: <input type="checkbox"/> Derecho<br><input type="checkbox"/> Izquierdo                                                                            |



**ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NO. 173**

Año Escolar: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Salud del Alumno**

|                                                                                                                                                                                                                           | Sí    | No                                                              | Explique cualquier "Sí": (más espacio abajo si se necesita)                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Problemas del Corazón<br>¿Bajo el cuidado del médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                             |       |                                                                 | Explique:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Trastorno inmunológico                                                                                                                                                                                                    |       |                                                                 | Explique:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Problemas con los Riñones/Vejiga                                                                                                                                                                                          |       |                                                                 | Explique:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Problemas con los Pulmones                                                                                                                                                                                                |       |                                                                 | Explique:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Condición de Salud Mental:<br><input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> TDH<br>Otro: (explique)                                      |       |                                                                 | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Fecha del diagnóstico: _____<br>Por quien:                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                                                                                                                                              |       |                                                                 | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                |
| Trastorno Neurológico                                                                                                                                                                                                     |       |                                                                 | Explique:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Condición Neuromuscular                                                                                                                                                                                                   |       |                                                                 | Explique:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sangrado Nasal Frecuente                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Convulsiones/Epilepsia:<br>Escriba el tipo de convulsión:<br><br>Fecha de la última convulsión:<br><br>                                                                                                                   |       |                                                                 | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No<br>Diastat: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedades de la Piel (explique)                                                                                                                                                                                        |       |                                                                 | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                |
| Problemas de Visión                                                                                                                                                                                                       |       |                                                                 | <input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Lentes de contacto <input type="checkbox"/> Lentes de contacto para la noche únicamente Parche: <input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo                                                              |
| Hipertensión arterial<br>fecha del diagnóstico: _____                                                                                                                                                                     |       |                                                                 | Medicina en: Casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela: <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                |
| Prótesis                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                 | <input type="checkbox"/> Dimorfas <input type="checkbox"/> Extremidades superiores <input type="checkbox"/> Extremidades inferiores <input type="checkbox"/> cabeza <input type="checkbox"/> otra                                                                                           |
| Pie plano                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Restricciones de Actividad: ¿Algunas de estas condiciones afecta la habilidad del alumno para participar en las actividades y programas escolares diarios o Educación Física?                                             |       |                                                                 | Si sí, provea una nota del profesional médico indicando las restricciones o necesidades especiales y cuánto tiempo van a ser necesarios.                                                                                                                                                    |
| Procedimiento/Equipo Médico (escriba)                                                                                                                                                                                     |       |                                                                 | En: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela*<br>Si se necesita en la escuela, nos comunicaremos con usted para más información.                                                                                                                                      |
| <b>Medicina:</b> Escriba <u>toda</u> la que toma a DIARIO:<br><u>Medicina/Propósito</u>                                                                                                                                   |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <u>Dosis/Frecuencia</u>                                                                                                                                                                                                   |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| _____                                                                                                                                                                                                                     | _____ | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| _____                                                                                                                                                                                                                     | _____ | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| _____                                                                                                                                                                                                                     | _____ | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Escuela* |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| * Llame a la oficina de la escuela para CUALQUIER Medicina/Procedimiento Médico que deba tomar/hacer durante las horas escolares.<br>¿Existe cualquier otra condición médica grave no mencionado anteriormente? Explique: |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Cualquier respuesta "sí" anteriormente que requiere más explicación:                                                                                                                                                      |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Por favor provea cualquier información adicional que pueda afectar la educación o seguridad de este alumno ( lesiones, incapacidades temporales etc.):                                                                    |       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE  
MÉXICO



**EDUCACIÓN**  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN



En caso de que practiques algún deporte o actividad temporal por favor explica cual:

☐ **No existen problemas médicos en la actualidad.**

La información anterior puede ser compartida con el personal escolar adecuado para asegurar la salud y seguridad del alumno en la escuela. Es la responsabilidad de los padres/tutores legales de informarle a la escuela de cualquier cambio del estado de salud de este alumno.

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_