



CARTILLA MÉDICA ESCOLAR 2024- 2025 REFERENCIA RÁPIDA

¡Esta información es muy importante! Toma el tiempo para el llenado completo y a conciencia!

Escribe nombres y apellidos con los **acentos correspondientes**, es referencia para documentos oficiales.

DATOS DEL ALUMNO

Apellido (1)		Apellido (2)		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento: <small>(Día, mes, año)</small>		Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Edad actual:	Edad al 1° de Sept. de 2024:		CURP:		
Estatura:	Peso:	Lateralidad:	Tipo de sangre:	El niño vive con:	
Escuela de procedencia, en el caso de alumnos de nuevo ingreso:					

DATOS DEL PRIMER RESPONSABLE

Apellido (1)		Apellido (2)		Nombre (s)	
Fecha de nacimiento <small>(día/mes/año)</small>		Lugar de nacimiento:		Edad:	
Nacionalidad:		Curp:			
Domicilio:					
Calle y número exterior e interior			Entre las calles		
Colonia		Municipio		C.P.	
Escolaridad	Ocupación:		Empresa:		
Puesto.	Antigüedad:		Horario:		
Teléfono casa:	Celular:	Oficina:		Correo electrónico:	

OTROS CONTACTOS

Otras personas, especificando parentesco y teléfonos a contactar en caso de emergencia:



DATOS DEL SEGUNDO RESPONSABLE

Apellido (1)		Apellido (2)		Nombre (s)	
Fecha de nacimiento (día/mes/año)		Lugar de nacimiento:		Edad:	
Nacionalidad:		Curp:			
Domicilio:					
Calle y número exterior e interior			Entre las calles		
Colonia		Municipio		C.P.	
Escolaridad		Ocupación:		Empresa:	
Puesto.		Antigüedad:		Horario:	
Teléfono casa:		Celular:	Oficina:		Correo electrónico:

PADECIMIENTOS CRÓNICOS DEL ALUMNO:

Asma	Diabetes	Epilepsia	Cardiopatías	Otros
Especificar diagnóstico, manifestaciones de alarma, tratamiento, medidas y/o medicamentos no controlados que debemos administrar:				

ALERGIAS A:

Medicamentos	Alimentos	Piquetes animales
Especificar manifestaciones de alarma, tratamiento, medidas y/o medicamentos no controlados que debemos administrar:		

CIRUGÍAS Y OTROS INCIDENTES RECIENTES COMO FRACTURAS, ESGUINCES, TRAUMATISMOS, ETCÉTERA.

Explicar secuelas en su caso, cuidados especiales y fechas.

SITUACIONES FAMILIARES RECIENTES QUE PUDIERAN AFECTAR AL ALUMNO

Separaciones, pérdidas, embarazos, nacimiento hermanos, mudanza, cambio de trabajo, etcétera.



ANEXAR CONSTANCIA MÉDICA RECIENTE DE:

Examen de vista: (Referencia completa indispensable)

Examen de audición: (Referencia completa indispensable)

NOMBRE Y DOSIS DE MEDICAMENTOS NO CONTROLADOS QUE PODRÍAN ADMINISTRARSE EN LA ESCUELA:

Dolor de cabeza:

Dolor de estómago:

Fiebre:

Dolor de oído:

Dolor de garganta:

Otros:

ANEXAR CONSTANCIA MÉDICA RECIENTE:

Examen de vista: Referencia completa indispensable. Datos del especialista, fecha, diagnóstico y tratamiento.

Examen de audición: Referencia completa indispensable. Datos del especialista, fecha, diagnóstico y tratamiento.

ESPECIALISTAS EN CUALQUIER ÁREA QUE VEN AL ALUMNO REGULARMENTE: Pediatra, terapeuta, neurólogo, neumólogo, alergólogo, otro. Detallar cada uno; varios si es el caso.

Especialista en:

Nombre completo:

Teléfono:

Correo electrónico:

Tipo de atención:

Periodicidad de citas:

Medicamentos:

Dosis:

Frecuencia administración:

Para aplicación de medicamentos controlados y no controlados en casos de emergencia, entregar receta especificando medicamentos, dosis y forma de administración. Proveernos de estos medicamentos para casos excepcionales, verificar caducidad y actualizar receta periódicamente es responsabilidad de la familia.

Evaluaciones psicoeducativas, neuropsicológicas y programas. Nombre del especialista y anexar copia.

COMENTARIOS ADICIONALES SOBRE LA SALUD DEL ALUMNO: (Anexar páginas en su caso)

Nombre y firma de la madre o tutora:

Nombre y firma del padre o tutor:

Fecha del llenado