



HISTORIA CLINICA DE ALUMNOS

Fotografía
tamaño infantil
B/N o Color

Datos del Alumno.

Nombre completo:

Grupo: No. Boleta: CURP:

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:

Correo electrónico: Teléfono:

Domicilio: Calle Colonia

Municipio Estado C.P.

No. Seguridad Social personal IMSS (localízalo en <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss02008>)

Clinica IMSS

Antecedentes Heredofamiliares.

¿Qué padecimientos tienen tus familiares? (Marca con una "X").

Asma Cáncer de matriz Cáncer de mama Otro tipo de cáncer Corazón

Hipertensión Diabetes Tiroides Leucemia Hemofilia Obesidad

Otros

Tipo de sangre

Antecedentes Patológicos.

¿Te han operado en alguna ocasión? Si No ¿De que? ¿Cuándo?

¿Tuviste alguna complicación? Si No ¿Cual?

¿Eres alérgico a algo? Si No ¿A que?

¿Has tenido golpes o fracturas? Si No ¿En que parte del cuerpo?

¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuál fue el tratamiento?

¿Padeces de alguna enfermedad? Si No Describe la

¿Que medicamentos y dosis consumes actualmente?

Antecedentes No Patológicos.

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

Hepatitis B Tétanos Sarampión Influenza Rubeola COVID-19

¿Tienes tu certificado de vacunación COVID-19? Si No

Fecha de primera dosis: Fecha de segunda dosis:

¿Cuales 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 musica

¿Cuántas veces por semana comes?:

Pollo Fruta Pescado Verdura Res Queso Huevo Leche

Antecedentes No Patológicos.

¿Haces ejercicio? Si No ¿Que deporte? ¿Cuántas veces por semana?
¿Cuántas veces al día te lavas los dientes? ¿Cada cuando tomas café y en que cantidades?
 ¿Padeces de insomnio? Si No

¿Consumes bebidas alcohólicas? Si No ¿Cuántas veces por semana? ¿Cuántas copas?
¿Fumas? Si No ¿Cuántas veces por semana? ¿Cuántos cigarrillos?
¿Tienes alguna discapacidad? Si No ¿De que tipo? Motriz Visual Mental Auditiva

¿Quieres pertenecer al equipo de primeros auxilios? Si No

Solo Mujeres

¿A que edad iniciaste la menstruación? ¿Fecha de ultima menstruación?
¿Tienes dolor pélvico durante la menstruación?

PARA SER LLENADO ÚNICAMENTE POR PADRE MADRE O TUTOR.

Por este medio autorizo al personal del Servicio Medico del CECyT No.18 "Zacatecas" a administrar medicamento y a realizar exploración física (No Ginecológicas) 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 el celular _____ para notificación inmediata, solamente en caso de que la vida de mi hijo se encuentre en riesgo autorizo que se lleve a la clínica del IMSS más cercana por lo que me comprometo a tener el numero de seguridad social de mi hijo(a) activo, esto solicitando el número en la página del IMSS digital (<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/asignación NSS>) y llevado al servicio médico de la escuela la constancia de vigencia (<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>) solamente 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.

FIRMA.

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en los artículos 10 y 32 del Reglamento de la ley general de Salud en Materia de Presentación de Servicios de Tención Médica, Art.23 fracciones II y III del reglamento Interior de la Secretaría de Salud y las Normas NOM-008-SSA2-1993, NOM-015-SSA2-1994 y NOM-017-SSA2-1994, pertenecientes al Reglamento de Salud; así como también Art. 20 y 21 de la LFTAIPG (Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental), Art. Decimosexto, Decimoséptimo, Vigésimoséptimo, Vigésimooctavo, Trigésimo, Trigésimo primero, Trigésimo segundo, Trigésimo tercero, de los lineamientos de Protección de datos personales, el Reglamento Interno del Instituto Politécnico Nacional, el Reglamento de Estudios Escolarizados, para los niveles Media Superior y Superior del Instituto Politécnico Nacional y cuyo objetivo es cortar con los datos personales del alumno para control y seguimiento del Servicio de Salud, mismos que fueron registrados en el listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx) y que podrán ser transmitidos a autoridades del CECyT No. 18 "Zacatecas", a la Dirección de Administración Escolar, a la Dirección de Educación Media Superior, a la Dirección de Egresados y Servicio Social, a la Dirección de Servicios Estudiantiles con la finalidad del manejo de estadísticas como el reporte epidemiológico, obesidad y otras transmisiones establecidas en la ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos Personales es el Departamento de Servicios Estudiantiles y el área de Servicio Medico y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección. Lo anterior se informa en cumplimiento del Art. Decimoséptimo de los Lineamientos de protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.