



COLEGIO AMERICANO ANÁHUAC

CICLO ESCOLAR 2010 - 2011

ÁREA: DIRECCIÓN GENERAL

TÍTULO: HISTORIAL CLÍNICO

Anexo C

Incorporado a la Secretaría de Educación con los oficios:
05-1-A-001 # 05-I-B-001 # IA-C-003 # IACE-39-05

Estimado Padre de Familia:

Es muy importante para el Colegio, mantener una ficha médica con la mayor información posible de todos y cada uno de sus alumnos(as).

Sea tan amable de contestar las siguientes preguntas, para ayudarnos a formar la Historia Clínica de su hijo(a):

FECHA					
Día		Mes		Año	

Nombre del Alumno(a): _____ Grado a ingresar: _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento:						
	Día		Mes		Año	

Tipo de Sangre: _____

Marque con una su respuesta.

- ¿Padece algún tipo de alergia? Si No
¿Cuál o cuáles? _____
- Alergia y/o reacción a algún medicamento Si No
¿Cuál o cuales? _____
- Ha padecido su hijo(a) algún problema médico importante: Si No
- Actualmente o recientemente (6 meses a la fecha), ha padecido:

<input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias y/o alérgicas	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedades dermatológicas	<input type="checkbox"/> Otras _____
- Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía, hospitalización reciente, anemia, etc. Si No
¿Cuál o Cuales? _____
- ¿Tiene su esquema de vacunación completo hasta los 6 años? Si No
- ¿Ha recibido la vacuna antitetánica? Si No
¿Cuántas dosis? _____ ¿Cuándo fue la última? _____
- ¿Ha recibido tratamiento para problemas respiratorios? Si No
¿Cuándo fue la última vez? _____
- Si hay algún otro dato relevante sobre la salud de su hijo(a) favor de describirlo brevemente en este espacio.

MUY IMPORTANTE! ● Toda la información clínica que nos sea proporcionada será considerada por el Colegio como estrictamente confidencial y será manejada con la reserva del caso.

En caso de accidente o emergencia llamar a:

Teléfono Casa:

Teléfono of. (padre):

Teléfono of. (madre):

Celular de la mamá: _____

Celular del papá: _____

_____	_____
Nombre	Firma
_____	_____
Nombre	Firma
Nombre y Firma del Padre y/o de la Madre y/o Tutor y/o persona que ejerce la Patria Potestad	