

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN (escriba los datos que se indican):

Nombre de la escuela: _____ Turno: _____
 Nombre del alumno: _____ Grado: ____ Grupo: ____
 Profesor: RFC _____ Nombre: _____

2. ESTADO GENERAL DE SALUD

2.1 Tipo de sangre y seguridad social (rellene un círculo según corresponda):

Grupo sanguíneo: O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB-

Seguridad Social: Sin seguro IMSS ISSSTE ISSFAM

Servicio médico de PEMEX Seguro Popular

Otra

2.2 Esquema básico de vacunación (marque los cuadritos de las vacunas aplicadas):

BCG Hepatitis B Pentavalente acelular DPaT. VPI.HID DPT
 Rotavirus Hepatitis A Neumocócica conjugada Influenza
 SRP Varicela VPH SABIN SR

Otras

2.3 Salud bucal:

¿Se detectaron caries? (en caso afirmativo escriba cuántas): No Si

2.4 Agudeza visual y auditiva:

Ojo izquierdo Ojo derecho ¿Usa lentes? No Si

Oído izquierdo TA TO Oído derecho TA TO

Usa aparato en: Oído izquierdo No Si Oído derecho No Si

2.5 Problemas posturales (rellene un círculo según la respuesta que corresponda):

Elasticidad aumentada de los pulgares No Si

Deformación de los tacones de los zapatos No Si

Piernas arqueadas No Si

Desgaste excesivo de los tacones en su parte externa o interna No Si

Rotación de los pies hacia adentro o hacia afuera al caminar No Si

Desviaciones de la columna vertebral No Si

Desnivel de la altura de hombros o cadera No Si

Falta de contacto con la pared de talones, nalgas, espalda o cabeza No Si

2.7 Antecedentes farmacológicos:

¿Es alérgico a algún medicamento? (en caso afirmativo escriba cual):

No Si

2.8 Enfermedades crónicas:

Problemas cardio-vasculares (Cardiopatías)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Enfermedades crónicas respiratorias (Asma)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Hipertensión	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Depresión	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Cáncer	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Lupus	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Diabetes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Insuficiencia renal	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Obesidad	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Artritis	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Desnutrición	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
VIH Sida	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	Otras	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	

3. DESARROLLO FÍSICO

3.1 Desarrollo físico:

Talla (cm) Peso (kg) Medidas en cm: Cintura Cadera

4. FACTORES QUE INCIDEN EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR

4.1 Historia sociofamiliar del alumno (marque los cuadritos de las personas que corresponda):

	Padres	Madre	Padre	Herma nos	Abue los	Tíos	Otra
Personas que viven con él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Personas con quienes pasa la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Tiempo aproximado que dedica diariamente al juego (rellene un círculo según corresponda):

30 minutos
 1 hora
 1 hora 30 minutos
 2 horas
 2 horas 30 minutos
 3 horas
 Más de 3 horas



Tiempo aproximado que dedica diariamente a la TV (rellene un círculo según corresponda):

- 30 minutos 1 hora 1 hora 30 minutos 2 horas 2 horas 30 minutos
 3 horas Más de 3 horas

Tiempo aproximado que dedica diariamente a las tareas (rellene un círculo según corresponda):

- 30 minutos 1 hora 1 hora 30 minutos 2 horas 2 horas 30 minutos
 3 horas Más de 3 horas

Mencione su rutina diaria al salir de clases:

Mencione las actividades de su preferencia:

Indique algunos rasgos de su carácter: