

F
O
T
O

Historia Clínica



TURNO:

MATUTINO

VESPERTINO

INGENIERÍA

MECATRÓNICA

SISTEMAS

AMBIENTAL

ALIMENTOS

METALÚRGICA

PERSONAL:

DOCENTE

PAAE

OTRO:

NOMBRE:

EDAD:

años

GENERO: F

M

ASEGURADO:

ESCUELA

PADRES

TRABAJO

OTRO:

IMSS

ISSSTE

SSZ

OTRO:

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

UNIDAD MEDICO FAMILIAR O CLÍNICA:

CURP:

ENFERMEDADES CONOCIDAS

DIAGNOSTICO:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

AÑOS

TX:

ALERGICO (Medicamentos, Animales, Comidas, Polen, Telas, etc.)

TRATAMIENTO

MEDICAMENTO

MG

DOSIS

ENFERMEDADES EN LA INFANCIA

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EN TU FAMILIA (coloca una x, Indica que parentesco tiene contigo ABUELOS, PADRES, TIOS, HERMANOS, HIJOS):

Hipertensión			Convulsiones		
Diabetes			Cardiopatías		
Artritis			Sobrepeso		
Asma			Tiroides		
Cancer			Fiebre Tifoidea		
Depresión			Esquizofrenia		
Otra:					

CUENTAS CON ALGUNA DISCAPACIDAD:

Visual		Intelectual	
Aditiva		Lenguaje	
Motrix			

Especifique el problema:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Fumas desde:	si	no	CUANTOS X MES
Alcohol	si	no	CUANTO X MES
Transfusiones	si	no	EDAD Y CANTIDAD
Cirugías	si	no	QUE EDAD TENIA
CUAL FUE EL DIAGNOSTICO?			
Fracturas	si	no	
EN QUE HUESO?			
Luxaciones	si	no	LUGAR:
Esguinces	si	no	LUGAR:
Tipo de sangre	Gpo.	Rh	

TIENENS ALGUNA MALFORMACIÓN (DE NACIMIENTO):

Vacunas

Td			
Hepatitis			
SR			
Influenza			
Otra			

PERSONA QUE SE AVISARA EN CASO DE ENFERMEDAD:

NOMBRE:

TELEFONO CASA:

CELULAR:

PARENTESCO:

DIRECCIÓN:

Telefono del alumno:

Correo Electronico:

Facebook:

Dirección:

Médica Verónica de la Rosa Sánchez

Tel. 92 4 24 19 y 5 59 98 Ext. 83520

Facebook Médica Upiiz Vero

SERVICIO MÉDICO**UPIIZ - IPN**