



ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚM. 1

COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS



IMPORTANTE: HISTORIA CLÍNICA (RESPONSIVA)
CICLO ESCOLAR 2026-2027

C. MADRE, PADRE O TUTOR: _____
EDUCANDO: _____ GDO _____ GPO _____

LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA A TRAVÉS DE LA COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS, COMUNICA A USTED QUE UNO DE LOS REQUISITOS PARA INSCRIBIR AL EDUCANDO A PRIMER GRADO ES EL REFERENTE A LA HISTORIA CLÍNICA, ASENTANDO DATOS VERÍDICOS.

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE SER REQUISITADA POR EL MÉDICO FAMILIAR O PARTICULAR DEL ALUMNO, CON FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL QUE VALIDE LA CONDICIÓN DE SALUD DEL EDUCANDO. POR SEGURIDAD NO SE ACEPTARÁ LA HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETA O REQUISITADA POR LOS PADRES.

SI SU EDUCANDO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD Y REQUIERE DE ATENCIÓN ESPECIAL O TIENE TRATAMIENTO MÉDICO, ES IMPORTANTE QUE LO COMUNIQUE AL ÁREA MÉDICA, PUES NO NOS HACEMOS RESPONSABLES DE LAS CONSECUENCIAS QUE PUEDA GENERAR EN LA SALUD DE SU EDUCANDO LA FALTA DE INFORMACIÓN CON RESPECTO A ESTE RUBRO.

SI POR ALGÚN MOTIVO, CAMBIA DE DOMICILIO O TELÉFONO, INFORME A TRABAJO SOCIAL LO MÁS PRONTO POSIBLE, ASEGÚRESE DE QUE SU EDUCANDO CONOZCA SU NÚMERO TELEFÓNICO, SU DOMICILIO Y EL LUGAR EN DONDE TRABAJA, ASÍ SERÁ MÁS FÁCIL SU LOCALIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.

ATENTAMENTE
LA DIRECCIÓN.

FIRMA DE ACEPTACIÓN
FECHA: _____

NOTA: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE DEL EDUCANDO.



ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA NÚM. 1

COORDINACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS COMPLEMENTARIOS



CICLO ESCOLAR 2026-2027

HISTORIA CLÍNICA

DEBERÁ SER REQUISITADA POR SU MÉDICO FAMILIAR.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL EDUCANDO _____ EDAD _____
GRADO _____ GRUPO _____ NÚM. DE LISTA _____ ORIGINARIO _____
DOMICILIO ACTUAL _____ TELÉFONO _____
TIPO SANGUÍNEO GRUPO _____ RH _____
NOMBRE DEL PADRE _____ OCUPACIÓN _____
NOMBRE DE LA MADRE _____ OCUPACIÓN _____

INTERROGATORIO

¿TIENE TODAS LAS VACUNAS? _____ ¿CUÁLES LE FALTAN? _____

TIPO DE VIVIENDA

¿CUÁNTAS HABITACIONES Y PARA CUANTAS PERSONAS? _____
TIPO DE MATERIAL DE LA VIVIENDA _____
¿CUENTA CON AGUA? _____ DE QUE TIPO _____ LUZ _____ GAS _____ DRENAJE _____
VENTILACIÓN _____ DONDE TIRA LA BASURA _____
HAY PAVIMENTACIÓN EN LA CALLE _____ ¿DÓNDE DUERME EL (LA) JOVEN? _____
¿CON QUIEN? _____
ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO _____ ¿CÚAL? _____

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICO

MENARCA _____ FUR _____ REGULAR O IRREGULAR _____
OTROS _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

ENFERMEDAD CONGÉNITA _____
ALÉRGICO _____
ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA _____
CIRUGÍAS _____
OTROS _____
PADECIMIENTO ACTUAL _____

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

RESPIRATORIO _____
TE HA DADO COVID _____ ALGUNA SEQUELA _____ CUAL _____
CARDIOVASCULAR _____
DIGESTIVO _____
GENITOURINARIO _____
NERVIOSO _____
MUSCULO ESQUELÉTICO _____
PIEL Y FANERAS _____
OTROS _____

TOXICOMANÍAS _____

**EXPLORACIÓN FÍSICA:
SIGNOS VITALES**

T.A _____ F.C _____ F.R. _____ TEMP. _____ PESO _____ ESTATURA _____ I.M.C _____

CABEZA _____

USA LENTES _____ AGUDEZA VISUAL: OI _____ OD _____

CUELLO _____

TÓRAX _____

ABDOMEN _____

EXTREMIDADES _____

NEUROLÓGICO _____

DIAGNÓSTICO INTEGRAL _____

REFERENCIAS:

ES DERECHOHABIENTE A: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS ()

FOLIO: _____ N° DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: _____

OTRAS PERSONAS A QUIEN ACUDIR: _____

OBSERVACIONES: _____

NOTA: SI SU EDUCANDO ESTÁ ENFERMO, NO LO ENVÍE A LA ESCUELA, LLÉVELO AL MÉDICO Y JUSTIFIQUE LAS FALTAS CON RECETA O NOTA MÉDICA. A JUICIO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA, EN CASO DE ACCIDENTES SE ENVIARÁ AL EDUCANDO AL SERVICIO DE URGENCIA O A SU DOMICILIO.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO
NÚM. DE CÉDULA PROFESIONAL _____

FECHA DE ELABORACIÓN _____

NOTA: ORIGINAL PARA EL EXPEDIENTE DEL EDUCANDO.