**Grado o curso:**

Pegar Foto Digital

**Fecha:**

**Apellidos y nombres del alumno:**

**Lugar y fecha de nacimiento: Edad:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Padre o representante:** | **En caso de emergencia:** |
| **Teléfono:** | **Madre:** |
| **Lugar de trabajo:** | **Teléfono:** |
| **Cargo que desempeña:** | **Lugar de trabajo:** |

**Interrogatorio Médico: presenta o a presentado su hijo/a alguno de los siguientes síntomas o problemas de salud**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SÍNTOMA** | **SI** | **NO** | **EDAD** | **DESCRIPCION** |
| Dolores de cabeza frecuente |  |  |  |  |
| Mareos |  |  |  |  |
| Sensación de sueño a la lectura |  |  |  |  |
| Ardor de los ojos |  |  |  |  |
| Lagrimeo frecuente |  |  |  |  |
| Diagnóstico de otitis |  |  |  |  |
| Diagnóstico de sinusitis |  |  |  |  |
| Estados gripales frecuentes |  |  |  |  |
| Emite ronquidos al dormir |  |  |  |  |
| Faringoamigdalitis frecuentes |  |  |  |  |
| Hemorragias nasales |  |  |  |  |
| Dolores articulares frecuentes |  |  |  |  |
| Fiebre reumática |  |  |  |  |
| Problemas al caminar |  |  |  |  |
| Tose con frecuencia |  |  |  |  |
| Asma bronquial |  |  |  |  |
| Alergias |  |  |  |  |
| Rinitis |  |  |  |  |
| Traumatismo de cráneo |  |  |  |  |
| Infección de vías urinarias |  |  |  |  |
| Convulsiones por fiebre |  |  |  |  |
| Intervenciones quirúrgicas |  |  |  |  |
| Ha estado hospitalizado |  |  |  |  |
| Displasia de cadera |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Enfermedad | **SI** | **NO** | **EDAD** |
| Sarampión |  |  |  |
| Varicela |  |  |  |
| Rubéola |  |  |  |
| Tos Ferina |  |  |  |
| Paperas |  |  |  |
| Tifoidea |  |  |  |
| Hepatitis |  |  |  |
| Tuberculosis |  |  |  |
| Meningitis |  |  |  |
| Covid 19 |  |  |  |

**PERIODO PRENATAL**

La madre del (a) estudiante presento durante el embarazo alguna de las siguientes infecciones:

Rubéola SI \_\_\_ NO\_\_\_

Toxoplasmosis SI \_\_\_ NO\_\_\_

Varicela SI \_\_\_ NO\_\_

**PERIODO NATAL**

Su parto fue:

Normal ……………………………………………………………

Por cesárea …………………………………………………………

Prematuro …………………………………………………………

Presento asfixia ……………………………………………………………

Presento ictericia ……………………………………………………………

Cuantos días permaneció en la clínica ú hospital, Explique la causa de permanencia en el lugar mencionado:

**Vacunas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **EDADES DE VACUNACION** | | | | |
| BCG | EDADES | | | | |
| PENTAVALENTE | EDADES | | | | |
| ROTAVIRUS | EDADES | | | | |
| NEUMOCOCO CONJUGADA | EDADES | | | | |
| DPT | EDADES | | | | |
| PVO POLIO | EDADES | | | | |
| SRP | EDADES | | | | |
| FIEBRE AMARILLA | EDADES | | | | |
| VARICELA | EDADES | | | | |
| SR | EDADES | | | | |
| HEPATITIS A | EDADES | | | | |
| DT | EDADES | | | | |
| INFLUENZA (**fecha de ultima dosis)** | FECHA | | | | |
| PAPILOMA HPV (niñas) | FECHA | 1. Dosis | | 2. Dosis | |
| COVID 19 | FECHA | 1. Dosis | 2. Dosis | | 3. Dosis |

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Han presentado alguno de los familiares del estudiante (hermanos, padres, tíos, abuelos una de las siguientes enfermedades:

Es frecuente el uso de lentes es sus familiares SI\_\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Estrabismo SI\_\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Glaucoma SI\_\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Sordera SI\_\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Fiebre Reumática SI\_\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Hipertensión arterial SI\_\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Diabetes SI\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Obesidad SI\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Dislipidemia SI\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Infarto de miocardio SI\_\_ NO\_\_ PARENTESCO

Chequeo Oftalmológico SI\_\_ NO\_\_ FECHA

Audiometría SI\_\_ NO\_\_ FECHA JUNIO

Grupo o Tipo Sanguíneo Grupo A… ……… B………. AB …….. O ……… RH

Utiliza medicina Homeopática\_\_\_ Natural\_\_\_ Bioenergética\_\_\_ Occidental\_\_\_

Practica algún deporte

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existe algún problema de salud que tenga que informar

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION PROPORCIONADA POR:**

**Representante: Médico de la institución:**

**Firma: Firma:**