

2026. AÑO DEL HUMANISMO MEXICANO EN EL ESTADO DE MEXICO"

Escuela Preparatoria Oficial Núm. 260

ZONA ESCOLAR: BG 037

EXPEDIENTE DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: (Inicia con Apellidos) _____

(Nombres) _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Grupo: _____

SEÑOR PADRE DE FAMILIA: Lea cuidadosamente la siguiente información y conteste con veracidad.

¿Su estudiante tiene alguna condición de salud QUE AMENACE A SU VIDA? ☐ Sí ☐ No

La ley requiere que los estudiantes con condiciones que amenacen a su vida como la anafilaxia, un asma severa, diabetes o las convulsiones cuenten con un plan de cuidado completo antes de su primer día escolar. Comuníquese con la enfermería escolar lo más pronto posible para completar los formularios necesarios.

HISTORIAL MÉDICO (Marque todas las opciones que le apliquen)

Condiciones que amenazan la vida:

☐ Anafilaxia (Epinephrine prescrito)
Alergénicos: _____
☐ Diabetes Tipo 1 y 2
☐ Convulsiones (Medicamento de emergencia requerido)
☐ Asma – Severo
☐ Otras condiciones que amenacen la vida: _____
Congnital / Genético
☐ Síndrome de Down
☐ Trastorno del espectro alcohólico fetal
☐ Por favor anote: _____
Sangre / Hematología
☐ Anemia
☐ Hemofilia
☐ Enfermedad ☐ de enfermedad ☐ de células falciformes
☐ Historia de sangrados severos por la nariz
☐ Otras condiciones sanguíneas: _____
Cardíaco/ Corazón
☐ Defectos de nacimiento del corazón
☐ Soplo cardíaco
☐ Otras condiciones cardiovasculares: _____

Alergias, Sistema Inmune, Endócrino, Metabólico y Nutricional
☐ Alergia – Alimentos
☐ Alergia – Insectos
☐ Alergia – Otros - Anote: _____
☐ Restricción de alimentos: _____
☐ Otros endocrino, sistema inmune, nutricional o metabólico: _____
Gastrointestinal, Dental y Oral
☐ Enfermedad celiaca
☐ Intolerancia a alimentos
☐ Intolerancia a la lactosa
☐ Encopresis
☐ Constipación crónica
☐ Reflujo gástrico
☐ Enfermedad intestinal inflamatoria: _____
☐ Síndrome del intestino irritable
☐ Otra condición gastrointestinal, dental y oral: _____
Musculoesquelético
☐ Reumatismo juvenil/ Artritis idiopática
☐ Otra condición musculoesquelético: _____
Cáncer / Tumor
☐ Por favor anote: _____

2026. AÑO DEL HUMANISMO MEXICANO EN EL ESTADO DE MEXICO"

Escuela Preparatoria Oficial Núm. 260

ZONA ESCOLAR: BG 037

Sistema Nervioso
☐ ADHD
☐ Trastorno del espectro autista
☐ Parálisis cerebral
☐ Discapacidad del desarrollo
☐ Migrañas
☐ Dolores de cabeza recurrentes
☐ Trastornos convulsivos ☐ Actual
☐ Histórico.
☐ Daño / lesión cerebral traumática
☐ Otra condición neurológica: _____
Transplante
☐ Anote organos: _____
Salud mental o del comportamiento
☐ Ansiedad
☐ Depresión
☐ Trastorno del sueño
☐ Otra condición de salud mental o del comportamiento _____
Respiratorio/ Respiración
☐ Asma – Actual
☐ Asma – Alguna vez diagnosticado

☐ Asma – Inducido por el ejercicio
☐ Enfermedad reactiva de las vías respiratorias
☐ Otras condiciones respiratorias: _____
Piel
☐ Eczema ☐ Dermatitis por contacto
☐ Psoriasis
☐ Otras condiciones de la piel: _____
Renal / Riñón
☐ Por favor anote: _____
Oído / Auditivo
☐ Infecciones crónicas del oído ☐ Actual
☐ Histórico
☐ Deficiencia auditiva _____
☐ Dispositivo auditivo: _____
☐ Implante coclear _____
☐ Otra condición del oído: _____
Ojos / Vista
☐ Anteojos ☐ Lentes de contacto
☐ Deficiencia de visión cromática o del color
☐ Deficiencia visual
☐ Otra condición en los ojos: _____

Bajo protesta de decir la verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo (a):

Que cursará el: _____ Grupo: _____ en la Escuela Preparatoria Oficial 260.

Asimismo, al firmar este documento autorizo a la institución que puede hacer uso de la información cuando sea necesario y en caso que durante el presente ciclo escolar, mi hijo (a) presentara una sintomatología o enfermedad que limite su desempeño en alguna actividad a realizar en la escuela, me comprometo a informarle inmediatamente por escrito.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

TELÉFONO DE CONTACTO _____

Considerando que la institución, promueve el desarrollo integral y pertinente a las capacidades físicas e intelectuales de los alumnos; así como de sus actitudes y valores, se requiere de su autorización expresa para que su hijo (a) realice las actividades escolares programadas.

SI AUTORIZO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NO AUTORIZO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Ecatepec, Estado de México a _____ de _____ de 20____.