



**INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CECyT "B" MIGUEL OTHON DE MENDIZABAL
SERVICIO MEDICO**



HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE (Para ser llenado por el padre o tutor)

FECHA DE ELABORACION:

D D M M A A A A

I. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL ALUMNO:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

FOTO

CURP:	<input type="text"/>	NSS:	<input type="text"/>
EDAD:	<input type="text"/> AÑOS MESES	SEXO:	<input type="text"/> MASC FEM
		EDO. CIVIL:	<input type="text"/> SOLT CAS UJL SEP OTRO
BOLETA:	<input type="text"/>	GRUPO:	<input type="text"/>
DOMICILIO:		FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> D D M M A A A A	
LOCALIDAD:	<input type="text"/>	COD. POSTAL:	<input type="text"/>
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:	<input type="text"/>	TEL. CASA:	<input type="text"/>
TEL. EN CASO DE URGENCIA DEL PADRE O TUTOR:	<input type="text"/>	FIRMA DEL PADRE O TUTOR:	<input type="text"/>

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES (Abuelos, Padres, Hermanos)

DIABETES: <input type="text"/> SI NO NO SE	HIPERTENSION ARTERIAL: <input type="text"/> SI NO NO SE	OBESIDAD: <input type="text"/> SI NO NO SE	CARDIOVASCULAR: <input type="text"/> SI NO NO SE	CANCER: <input type="text"/> SI NO NO SE	ALERGIAS: <input type="text"/> SI NO NO SE
PROBLEMAS PSICOLOGICOS: <input type="text"/> SI NO NO SE	PROBLEMAS CON ALCOHOL/TABACO/DROGAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: <input type="text"/> SI NO NO SE	ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS: <input type="text"/>		
EPILEPSIA: <input type="text"/> SI NO NO SE	ASMA: <input type="text"/> SI NO NO SE	TUBERCULOSIS: <input type="text"/> SI NO NO SE	OTROS: <input type="text"/>		

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS (Del alumno)

ORIGINARIO DE: <input type="text"/>	RELIGION: <input type="text"/>	TABAQUISMO: <input type="text"/> SI NO AÑOS	ETILISMO: <input type="text"/> SI NO AÑOS	DROGAS: <input type="text"/> SI NO AÑOS
VIVIENDA: <input type="text"/> PROPIA RENTADA OTRO	SERVICIOS DENTRO DE VIVIENDA: <input type="text"/> AGUA BAÑO ENERG.ELECT	TRABAJA: <input type="text"/> SI NO	PASATIEMPOS: <input type="text"/>	
VIVE CON: <input type="text"/> SOLO PADRES ABUELOS OTRO	TIENE MASCOTAS: <input type="text"/> SI NO	ACTIVIDAD FISICA: <input type="text"/> HRS POR SEM	TV: <input type="text"/> HRS POR DIA	COMPUTADORA: <input type="text"/> HRS POR DIA
ALIMENTACION: <input type="text"/> COMIDAS/DIA	SUEÑO NORMAL: <input type="text"/> SI NO HORAS	HIGIENE DENTAL: <input type="text"/> VECES AL DIA	BAÑO PERSONAL DIARIO: <input type="text"/> SI NO	VIDA SOCIAL: <input type="text"/> SI NO

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (Del alumno)

PROBLEMAS PERINATALES: <input type="text"/> SI NO NO SE	CRECIMIENTO NORMAL: <input type="text"/> SI NO NO SE	VACUNAS COMPLETAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	DISCAPACIDAD: <input type="text"/> SI NO NO SE	DE QUE TIPO: <input type="text"/>
HAS PADECIDO ESTAS ENFERMEDADES:	SARAMPION: <input type="text"/> SI NO NO SE	RUBEOLA: <input type="text"/> SI NO NO SE	VARICELA: <input type="text"/> SI NO NO SE	INFLUENZA: <input type="text"/> SI NO NO SE
ALERGIAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	ESPECIFIQUE: <input type="text"/>		ACCIDENTES: <input type="text"/> SI NO NO SE	OTRA: <input type="text"/> ESPECIFIQUE: <input type="text"/>
CIRUGIAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	ESPECIFIQUE: <input type="text"/>		PROBLEMAS PSICOLOGICOS: <input type="text"/> SI NO NO SE	QUE TIPO: <input type="text"/>
USAS LENTES: <input type="text"/> SI NO	PORQUE MOTIVO: <input type="text"/> ESPECIFIQUE	HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: <input type="text"/> SI NO NO SE	PORQUE MOTIVO: <input type="text"/> ESPECIFIQUE	
TRANSFUSIONES: <input type="text"/> SI NO NO SE	ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	FRACTURAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	QUE PARTE DEL CUERPO: <input type="text"/>
ENFERMEDADES CRONICAS: <input type="text"/> SI NO NO SE	ESPECIFIQUE: <input type="text"/> <i>SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD - ANEXE COPIA DE REPORTE MEDICO</i>		TOMA MEDICAMENTOS: <input type="text"/> SI NO NO SE	CUALES: <input type="text"/>

V. ANTECEDENTES UROGENITALES (Del alumno)

PRIMERA MENSTRUACION: <input type="text"/> AÑOS	FECHA ULTIMA MENSTRUACION: <input type="text"/> D D M M A A	CICLOS REGULARES: <input type="text"/> SI NO	DISMENORREA (COLICO): <input type="text"/> SI NO
INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA: <input type="text"/> SI NO	A QUE EDAD: <input type="text"/>	USO DE MET. ANTICONCEPTIVO: <input type="text"/> CONDON PILDORA INYECTABLE IMPLANTE RITMO DIU OTRO	USO DE PILDORA DE EMERGENCIA: <input type="text"/> SI NO

ELABORÓ: DRA. LOURDES CHIÑAS LOPEZ

ANVERSO