



FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

Con el propósito de garantizar la seguridad y el bienestar de nuestros estudiantes, solicitamos su valioso apoyo para responder la siguiente ficha médica con información precisa. Conocer el estado de salud actual de su hija o hijo es un requisito fundamental para planificar y desarrollar de forma segura las actividades escolares.

1. DATOS PERSONALES

Nombre del Alumno (a): _____ Grado y grupo: _____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ años Peso: _____ kg Estatura: _____ cm

Tipo de Sangre: _____

2. ANTECEDENTES CLÍNICOS

¿Padece alguna enfermedad? (Marca con una X)

Hipertensión [] Diabetes [] Asma [] Cardíaca [] Renal [] Otra: _____

¿Alergias a medicamentos? ¿Cuáles? _____

¿Alergias ambientales o alimentos? ¿Cuáles? _____

¿Consume algún medicamento regularmente? ¿Cuáles y en qué horario? _____

¿Tuvo alguna cirugía, fractura o lesión en el último año? Especifique: _____

¿Tiene algún impedimento para desarrollar actividad física? Especifique:

Visual [] Auditivo [] Motor [] Intelectual [] Respiratorio [] TDAH [] Otro: _____

3. HÁBITOS DE VIDA Y NUTRICIÓN

¿Horas de sueño nocturno? (Marca con una X la opción que corresponda)

Menos de 6 hrs [] De 6 a 8 hrs [] Más de 8 hrs []

¿Cuántas horas a la semana practica algún deporte o actividad física?

Ninguna [] 1 a 2 horas [] Más de 3 horas []

¿Cuántos vasos de agua natural consume al día?

1 a 3 vasos [] 4 a 6 vasos [] Más de 6 vasos []

¿Con qué frecuencia consume bebidas azucaradas o refrescos?

Rara vez [] 2-3 veces por semana [] Diario []

¿Cuántas veces come al día (incluyendo colaciones)?

1 a 2 veces [] 3 veces [] 4 a 5 veces []



¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?

Ninguna [] 1 a 2 veces al día [] 1 a 2 veces por semana [] Diario []

¿Con qué frecuencia consume carne?

Ninguna [] 1 a 2 veces al día [] 1 a 2 veces por semana [] Diario []

¿Con qué frecuencia come pan, tortilla o cereales?

Ninguna [] 1 a 2 veces al día [] 1 a 2 veces por semana [] Diario []

¿Con qué frecuencia consume lácteos?

Ninguna [] 1 a 2 veces al día [] 1 a 2 veces por semana [] Diario []

4. DATOS DE EMERGENCIA Y SERVICIO MÉDICO

¿Tiene Servicio Médico?

IMSS [] ISSSTE [] IMSS-BIENESTAR [] Centro de salud [] Otro: _____

Contacto de emergencia 1:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Contacto de emergencia 2:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

5. AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

¿Su hijo(a) es apto(a) para realizar Actividad Física? Si [] No []

Yo _____ autorizo que mi _____ (parentesco)
_____ (nombre del estudiante), alumno(a) del _____
grado, grupo ____ **Si [] No []** participe en clase de Educación Física y realice actividades físicas,
deportivas y recreativas propias de la materia.



Xoxocotla, Morelos a _____ del mes de _____ del año _____

Firma de la madre, padre de familia o tutor

Revisó:

Nombre y firma del
Docente de Educación Física

Obdulia Corona Fores
Trabajo Social

Nombre y firma del
Docente - tutor del grupo