



INSTITUTO
FRANCO MEXICANO A.C.

MATERNAL-PREESCOLAR-PRIMARIA

CCT PRIMARIA 19PPR0101Y
CCT PREESCOLAR 19PJN0597G



2015|2016
Fourvière

HISTORIA MEDICA

Nombre completo del alumno: _____ Fecha de llenado: _____

Tel 1ro: _____ Tel 2do: _____ Clave: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre Papá y Mamá ó Tutor _____

Especifique Sí o No, según se presentan los siguientes, sin dejar espacios en blanco:

Padecimientos / Enfermedades:	Si / No	Especifique	Tratamiento
Alergias: alimentos / medicamentos / insectos			
Asma			
Crisis convulsivas			
Diabetes			
Enfermedades del corazón			
Estreñimiento o gastritis			
Migraña			
Usa lentes			
Usa aparato auditivo			
Tiene pie plano			
Problemas motrices			
Fracturas			
Enfermedades congénitas			
Intervenciones quirúrgicas			

Estoy de acuerdo en que la Enfermera le **Administre** los siguientes medicamentos cuando lo requiera: Tempra masticable/ jarabe, Cataflam Jr./jarabe, Diclofenaco, Buscapina, Treda, Dramamine, Melox, Pepto Bismol, Ibuprofeno, loratadina, Broncolin Jarabe/Paleta, Syncol, y que se le **Aplique:** Árnica, Ultra Bengue gel, Diclofenaco gel, Furacin ungüento, Cloruro de Etilo, Vendajes, Compresa fría.

Sí	No
----	----

Nota: Sí requiere algún medicamento en específico el niño, favor de enviarlo con la dosis específica, debidamente identificado y con receta Médica.

En caso de cambio de número telefónico favor de actualizarlos ya que es de suma importancia para el departamento al momento de localizarlos.

Favor de Anexar COPIA de Cartilla de Vacunación junto con la Historia Médica.

Haga una breve descripción del comportamiento y carácter del niño:
