



FORMATO B

Historia Médica FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

Fecha de llenado: _____

Folio: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

EDAD: _____ **PESO:** _____ **TALLA:** _____ **SEXO:** _____
AÑOS CUMPLIDOS CON GRAMOS CON CM

GÉNERO: _____

DIRECCIÓN: _____

CALLE, NÚM. EXTERIOR, NÚM. INTERIOR, COLONIA, DELEGACIÓN Y/O MUNICIPIO (INFORMACIÓN ACTUALIZADA)

ESTADO DE LA REPÚBLICA PROVENIENTE: _____
Y AÑOS DE RADICACIÓN

TELÉFONO(S): _____ **INSTRUMENTO:** _____
CON CLAVE LADA Y TIEMPO DE EJECUCIÓN (AÑOS)

NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR: _____

GRUPO SANGUINEO: _____

ENFERMEDADES U OPERACIONES RECIENTES: _____
NOMBRE DEL EVENTO QUIRÚRGICO Y/O ENFERMEDAD, FECHA Y/O TIEMPO DE PADECIMIENTO (2 AÑOS A LA FECHA)

MEDICAMENTO (S) ACTUALES Y DOSIS: _____
NOMBRE COMERCIAL, NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO Y TIEMPO DE TOMARLOS

ALÉRGICO A: _____

**NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (en caso de contar con el mismo) (IMSS/ISSSTE/
MEDIO PARTICULAR):** _____



ANTECEDENTES FAMILIARES

Tus padres, abuelos, hermanos, tíos o tías, primos o primas ¿padecen o padecieron; alguna o algunas de las enfermedades mencionadas? Traza una cruz en la columna que corresponda

PATOLOGÍA	Si	No	PATOLOGÍA	Si	No
Tuberculosis			Alcoholismo		
Cardiopatías (Enf. del corazón)			Obesidad		
Hipertensión			Hepatitis		
Epilepsia			Toxicomanías (uso de drogas ilícitas)		
Enfermedades mentales o nerviosas			Oncológicos (Cáncer)		
Diabetes			Reumatológicos		
Tabaquismo			Violencia intrafamiliar		
Hemofilia (Problemas para la coagulación de la sangre)			Otras no mencionadas		

- Conviven en el hogar con: Padre____ Madre____ Hermanxs__ Abuelxs____ Otrxs____

¿Algún miembro de la familia padece alguna de las siguientes patologías?			
	SI	NO	Anotar miembro que lo padece y tratamiento (ÚNICAMENTE si se tiene diagnóstico).
Trastorno por Déficit de Atención.			
Dificultades relacionadas hacia el aprendizaje.			
Trastorno del espectro autista.			
Ansiedad.			
Depresión.			
Trastornos del sueño.			
Problemas con alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas.			
Epilepsia.			





ANTECEDENTES PERSONALES (PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS).

¿Padeces o padeciste alguna o algunas de las enfermedades mencionadas? Traza una cruz en la columna que corresponda

PATOLOGÍA	SI	NO	PATOLOGÍA	SI	NO
Alergia (alimentos/medicamentos).			Malformaciones.		
Meningitis.			Quirúrgicos (cirugías previas).		
Convulsiones/Epilepsia.			Traumatismos severos (fracturas, luxaciones o esguinces).		
Cefalea (dolor de cabeza frecuente).			Tendinitis.		
Mareo. (más de dos veces por semana).			Problemas musculares (contracturas).		
Problemas para dormir o conciliar el sueño.			Sobrepeso u Obesidad.		
Ojos (uso de lentes, disminución de agudeza visual, cirugías estrabismo).			Hipertensión arterial (previamente diagnosticada).		
Disminución en la agudeza auditiva.			Diabetes (tipo I o II).		
Otitis externa/media (más de 4 veces al año).			Tabaquismo.		
Parálisis facial.			Alcoholismo.		
Rinitis alérgica.			Toxicomanías		
Sinusitis.			Depresión o Ansiedad.		
Amigdalitis de repetición (más de 4 al año).			Enf. Reumatológicas (artritis, lupus).		
Asma.			Hepatitis (previamente diagnosticada).		
Hiperreactividad bronquial.			Dermatitis atópica.		
Cardiopatías (Enf. del corazón).			Caries.		
Diarreas frecuentes (más de 4 al año).			Enf. De la Sangre (anemia, leucemia).		
Parasitosis intestinal.			Enf. Oncológicas.		
Pediculosis (piojos).			Otras no mencionadas (anotarlas).		





La o el participante han presentado alguno de los siguientes diagnósticos:

	SI	NO	En caso de ser afirmativo, indique cuál ha sido el manejo terapéutico (<u>Anotar: medicamentos y terapia</u>).
TDAH			
Situaciones relacionadas al aprendizaje.			
Trastorno del espectro autista.			
Ansiedad.			
Depresión.			
Trastornos del sueño.			
Problemas con alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas.			
Epilepsia.			

¿A qué hora se acuesta a dormir?:

¿Cuánto tarda en dormirse?:

¿A qué hora se despierta?:

¿Padece dificultad en sus hábitos de sueño?

	SI	NO	En caso de ser afirmativo, anote si lleva algún tratamiento. (<i>fecha de inicio, momentos en los cuáles se presenta</i>).
Pesadillas.			
Terrores nocturnos.			
Sonambulismo.			
Exceso de sueño.			
Apnea del sueño.			
Insomnio.			
Ronquido.			
Otros.			





¿Qué alimentos acostumbra a comer en casa?

Agregar una breve descripción de la cantidad de comidas que realiza en su día a día, cuáles son los alimentos que consume de manera cotidiana, come en horarios establecidos, la frecuencia del consumo de agua. ¿Maneja alguna alimentación especial? -en caso de contar con alguna alergia alimentaria anotarla-.

Intereses y pasatiempos de la/el participante.

	Detallar la respuesta.
¿Qué te gusta hacer en tus tiempos libres?	
¿Qué tipo de deportes te gustan?	
¿Cuál es su juego o videojuego favorito?	
¿Qué programa de televisión te ha gustado o te encuentras viendo?	
¿Qué género musical te gusta? / ¿Cuál es tu cantante favorito?	
¿Sabes nadar?	



Vacunación.	
Esquema de vacunación completo, conforme a la edad (revisar cartilla de vacunación).	
Tipo de vacuna aplicada para la COVID-19 y número de dosis aplicada (s).	
No cuenta con esquema de vacunación conforme a la edad - <i>anotar las vacunas faltantes</i> -.	
Últimas vacunas aplicadas.	
Refuerzo contra el sarampión.	

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

NOTA: Esta información es de carácter confidencial y se empleará por parte del personal médico, para manejo y control de la salud del interesado; por lo tanto es necesario que se proporcione la información.