



Historia Médica.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FOTOGRAFÍA
RECIENTE

Fecha de llenado: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ SEXO: _____
ANOS 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

PATOLOGIA	Si	No	PATOLOGIA	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 (en caso de contar con uno).
TDAH			
Situaciones relacionadas al aprendizaje.			
Trastorno del espectro autista.			
Ansiedad.			
Depresión.			
Trastornos del sueño.			
Problemas con alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas.			
Epilepsia.			



ANTECEDENTES PERSONALES (PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS).

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

PATOLOGIA	SI	NO	PATOLOGIA	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			Toxicomanias		
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 (medicamentos y terapia).
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:

Cuanto 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. (fecha de inicio, momentos en los cuáles se presenta).
Pesadillas.			
Terros Nocturnos.			
Sonambulismo.			
Exceso de sueño.			
Apnea del sueño.			
Insomnio.			
Ronquido.			
Otros.			



¿Qué alimentos acostumbra comer en casa?

Agregar una breve descripción de la cantidad de comidas que realiza en su día normal, 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-

Área para la descripción de hábitos alimentarios.

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?	



Gobierno de
México

Cultura
Secretaría de Cultura



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.	

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