



## Historia Clínica

FOTO

### Ficha de Identificación

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 CURP: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Responsable (Padre o Tutor) \_\_\_\_\_ Número Telefónico Local(casa) \_\_\_\_\_  
 Celular: \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ m

### 2. Antecedentes Heredo Familiares

¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos) padece alguna enfermedad de importancia? (que requiere tratamiento constante o es incapacitante) Especifique cual: \_\_\_\_\_

### 3. Antecedentes Personales Patológicos

(Detallará los antecedentes de importancia clínica, así como el tratamiento que recibe para cada situación y su duración).

Cardiovasculares \_\_\_\_\_ Respiratorios \_\_\_\_\_ Digestivos \_\_\_\_\_ Metabólicos \_\_\_\_\_  
 Renales \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Especifique cual y que tratamiento utiliza \_\_\_\_\_  
 Transfusiones ( ) Alergias \_\_\_\_\_ Inmunizaciones (vacunas): Completas ( ) Incompletas ( ) Cual \_\_\_\_\_

(Especifique tipo de lesión y tratamiento y fecha de incidente; p.ej: "Fractura tibia", Tto: "'Aparato de Yeso'."marzo de 2011".)

#### Traumatismos:

#### Cirugías:

### 4. Antecedentes Personales

(Marque con una cruz (X), según sea el caso para cada rubro. Consumo o uso de:

**Alcohol** SI ( ) NO ( ) Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Consumo: Diario ( ) Semanal ( ) Mensual ( )  
**Tabaco** SI ( ) NO ( ) Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Consumo: Diario ( ) Semanal ( ) Mensual ( ) No. de Cigarrillos ( )  
**Sustancias Adictivas** SI ( ) NO ( ) Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Consumo: Diario ( ) Semanal ( ) Mensual ( )  
 Especificar modo de uso: \_\_\_\_\_

Inicio de vida sexual (edad) \_\_\_\_\_ Número de Parejas \_\_\_\_\_ ¿Has padecido alguna enfermedad de transmisión sexual? SI ( ) NO ( )  
 ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Tratamiento y Fecha de éste: \_\_\_\_\_

Método(s) anticonceptivo(s) usado(s): \_\_\_\_\_ Menarca (1° menstruación, edad) \_\_\_\_\_

Embarazos: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_

Pasatiempo: \_\_\_\_\_ ¿Practicas algún deporte?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día? \_\_\_\_\_ ¿Estás en tratamiento odontológico? \_\_\_\_\_

#### EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DISCAPACIDAD:

Física ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Intelectual ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Discapacidad auditiva (hipoacusia, sordera, uso de aparato auditivo, etc): \_\_\_\_\_

Discapacidad visual: (baja visión diagnosticada; astigmatismo, miopía, hipermetropía, ceguera en algun ojo, etc.) Especifique cual y su tratamiento: \_\_\_\_\_

Agudeza visual (SOLO SI NO USA LENTES O NO TIENE DISCAPACIDAD VISUAL). Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_

**En caso de que el alumno tenga algún problema de salud dentro del plantel, llámese traumatismo, herida punzocortante, enfermedad general o incapacitante, se le solicita su consentimiento para realizar procedimientos médicos (medicamentos vía oral y/o intramusculares, suturas, curaciones, inmovilización de extremidades).**

**SI AUTORIZÓ ( ) NO AUTORIZÓ ( )**

**NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR:** \_\_\_\_\_

Con base en el artículo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, me permito indicar a usted que: Los datos personales recabados de alumnos de Nivel Medio Superior serán incorporados en el Sistema de datos personales denominado "Expedientes a Alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 3 "Estanislao Ramírez Ruiz", con fundamento jurídico en los artículos 20, 21 de la LETAIPG; Décimo sexto, Décimo séptimo, Vigésimo séptimo, Vigésimo octavo, Vigésimo noveno, Trigésimo segundo, Trigésimo tercero, de los Lineamientos de Protección de los Datos Personales. La finalidad de recabar dichos datos personales es para dar cumplimiento a las disposiciones en materia educativa que existen en el país, así como para dar cumplimiento a la Normatividad del Instituto Politécnico Nacional que regula el registro y desarrollo de los estudios de los alumnos de Nivel Medio Superior. El sistema "Expedientes a Alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 3 "Estanislao Ramírez Ruiz", queda registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifa.org.mx) y podrán ser transmitidos a instancias correspondientes dentro del IPN y a las autoridades competentes en materia educativa, además de otras transmisiones previas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 3 "Estanislao Ramírez Ruiz", y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es en Av. Carlos Hank González s/n, Col. Valle de Ecatepec, Ecatepec de Morelos, Estado de México, C.P. 55119. Lo anterior se informa en cumplimiento del Décimo séptimo de los Lineamientos de Protección de datos Personales, publicados en Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre del 2005.