



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 3
"ESTANISLAO RAMÍREZ RUIZ"

GRUPO: _____



Historia Clínica

Ficha de Identificación

FOTO

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 _____ Psicológicos y/o psiquiátricos: _____ 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 (1º menstruación, edad) _____

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 algún 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, curaciones y/o inmovilización de extremidades).

NOTA: De ser necesario un traslado de urgencia y una autoridad del plantel acompañe al menor esta queda eximida de toda responsabilidad, ya que solo será de acompañamiento hasta que llegue el familiar, padre o tutor.

***El hecho de tener o desarrollar alguna enfermedad o padecimiento no exime al alumno del apego al reglamento.**

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 LETAIPIG; 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.ifai.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.