

**PLANTEL: CBTIS 174 MANUEL DOBLADO, GTO.  
FICHA MÉDICA**

Nombre alumno \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES:**

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Tem.; \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ TA.: \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_

AHF: Diabetes \_\_\_\_\_ HTA: \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ CA \_\_\_\_\_

Bronquitis \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Obesidad \_\_\_\_\_

APNP.-Hábitos Higiénicos \_\_\_\_\_ Dietéticos \_\_\_\_\_

Cuadro de vacunación \_\_\_\_\_ Otros antecedentes \_\_\_\_\_

APP:Diabetes \_\_\_\_\_ HTA: \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ CA \_\_\_\_\_

Tabaquismo \_\_\_\_\_ alcoholismo \_\_\_\_\_ Otras dependencias \_\_\_\_\_

Traum. \_\_\_\_\_ Quirur. \_\_\_\_\_

Transfusionales \_\_\_\_\_ Alérgicos \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

En alguna ocasión le han prohibido hacer ejercicio? \_\_\_\_\_ Porque? \_\_\_\_\_

Presenta alguna molestia al hacer ejercicio? \_\_\_\_\_

Estado actual: \_\_\_\_\_

EF: Cabeza \_\_\_\_\_ Cuello \_\_\_\_\_ Tórax \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_ Extremidades \_\_\_\_\_

Agudeza visual: Ojo Der. \_\_\_\_\_ Ojo izq. \_\_\_\_\_

Agudeza Auditiva: Oído Der. \_\_\_\_\_ Oído Izq. \_\_\_\_\_

Requiere atención especial por problema de salud:	SI: ___ NO: ___	Cual:
Enfermedad Crónica:	SI: ___ NO: ___	Cual:
Tratamiento Médico y Efectos: _____ _____		
Observaciones: _____ _____		

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Ced. Prof. \_\_\_\_\_ Reg. SS \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_