



**ORIENTACIÓN EDUCATIVA
EXPEDIENTE SEGUIMIENTO DE SALUD**



Datos de la Escuela.	
Período Escolar: 2.24.25	Turno:
Grupo:	Carrera: P.T.B. en
Datos Personales.	
Apellido paterno:	Apellido materno:
Nombre (s):	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
Edad: años	Sexo: Masculino() Femenino ()
Estado civil:	
Domicilio:	
Calle:	No. Colonia: Alcaldía: C.P.
Tel. Casa:	Tel. Celular: Correo electrónico:
Vive con:	
Padre y Madre () Madre () Padre () Familia () Solo/a () Pareja () Otro ()	
En caso de emergencia comunicarse con: (OBLIGATORIO)	
Nombre:	Parentesco: Teléfono:
Nombre:	Parentesco: Teléfono:
Nombre:	Parentesco: Teléfono:
Estado de Salud.	
El/la alumno(a) presenta algún problema de salud?	
Cuál?	
Diagnóstico Médico: (acompañar esta hoja con copia del diagnóstico)	
¿Se encuentra bajo control médico? Si () No () Medicamentos que ingiere:	
Indique si tiene alguna recomendación especial:	
Es alérgico a algún medicamento y/o alimentos Si () No () ¿Cuál?	
Estas embarazada Si () No ()	
Tienes hijos Si () No ()	
Alguien de la familia es afecto a:	
Café () Cigarro () Bebidas alcohólicas () Pastillas para los nervios () Pastillas para dormir ()	
Otras :	
¿En qué institución recibes atención médica?	
¿Práctica algún deporte o actividad física? Si () No () ¿Cuál?	
¿Práctica alguna actividad recreativa o cultural? Si () No () ¿Cuál?	
Su estado general de salud es: Bueno () Regular () Malo ()	





Datos Escolares.	
¿Ha repetido algún ciclo escolar? Si () NO () ¿Cuál (es)?	
¿Debes alguna materia?	
1.Nombre del módulo:	Porcentaje:
2.Nombre del módulo:	Porcentaje:
3.Nombre del módulo:	Porcentaje:

Nombre y firma del alumno (a)

Nombre y firma del padre/madre o tutor

IMPORTANTE: Anexar copia de la credencial de elector por ambos lados.

