



**ORIENTACIÓN EDUCATIVA  
EXPEDIENTE SEGUIMIENTO DE SALUD**



<b>Datos de la Escuela.</b>						
Período Escolar: <b>2.24.25</b>	Turno:					
Grupo:	Carrera: <b>P.T.B. en</b>					
<b>Datos Personales.</b>						
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:				
<b>Estado de Salud.</b>						
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 ( )						





<b>Datos Escolares.</b>	
¿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.

