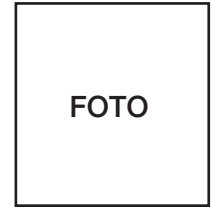




① **SOLICITUD PARA EXAMEN
DE ADMISIÓN**



Fecha de solicitud _____

Nombre _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Sexo (M) (F) Nacionalidad _____ Religión: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Años Meses

Grado que cursa _____ Grado que cursará _____

Escuela de procedencia _____

Dirección y teléfono de escuela anterior _____

Promedio del ciclo inmediato anterior _____ Promedio parcial actual _____

Datos de la madre

Nombre completo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Último grado de estudios _____ Ocupación _____

Empresa donde trabaja _____ Tel _____

Horario de trabajo _____ Celular _____ Otro teléfono _____

Datos del padre

Nombre completo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Último grado de estudios _____ Ocupación _____

Empresa donde trabaja _____ Tel _____

Horario de trabajo _____ Celular _____ Otro teléfono _____

¿Algún familiar estudia o labora en el Instituto? SI NO Especifique _____

Recibí y acepto el Reglamento de Admisión.

Nombre y firma del padre o tutor



② HOJA DE DATOS MÉDICOS

FOTO

Fecha de solicitud _____

Estimado padre de familia:

La salud e integridad física de su hijo (a) es primordial para nosotros. Es muy importante que cada niño tenga control médico con su pediatra para vigilar su óptimo desarrollo. No envíe al niño a la escuela si ha presentado fiebre, malestar estomacal o gripe. Por favor especifique los datos que se solicitan y mantenga actualizados los teléfonos de emergencia para dar una oportuna atención. Gracias por su apoyo.

Dra. Ma. Del Pilar Zavala G.
Servicio Médico Escolar

I. DATOS GENERALES

Nombre del niño (a) _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Día Mes Año Años Meses

Sexo _____ Peso _____ Grupo Sanguíneo _____ Estatura _____

Grado _____ Grupo _____ Ciclo escolar _____

Dirección _____

Nombre del padre _____

Dirección _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Celular _____ Otro teléfono _____



3

Nombre de la madre _____

Dirección _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Celular _____ Otro Teléfono _____

En caso de emergencia y no localizar a los padres avisar a:

Nombre completo _____ Parentesco _____

Con domicilio en _____

Teléfono (s) _____ Celular _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA (Alergias, cardiovasculares, diabetes, etc.)

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad actual _____

Tratamiento _____

Alergias SI () NO () Especifique cuál de las siguientes

Medicamentos _____ Alimentos _____

Otros _____

IV. ANTECEDENTES PERINATALES

Describa los siguientes datos:

Complicaciones en el embarazo y/o parto _____

Trastornos congénitos _____

Trastornos del lenguaje _____ ¿Recibe tratamiento? _____

Restricciones para realizar alguna actividad _____

Alteraciones en la agudeza visual _____

Alteraciones en la agudeza auditiva _____

Problemas ortopédicos _____

Alteraciones en la postura _____

¿Utiliza algún tipo de prótesis? _____

V. ALTERACIONES ESPECÍFICAS

Especifique si el niño padece alteraciones en alguna de las siguientes áreas

NEUROLÓGICA _____

DERMATOLÓGICA _____

CARDIOVASCULARES _____

GASTROINTESTINALES _____

PULMONARES _____

UROLÓGICAS _____

Describa si el niño tiene los siguientes antecedentes _____

Quirúrgicos _____

De fractura _____

Traumatismos _____

Transfusiones _____

¿Padece infecciones frecuentes? SI () NO () Especifique cuál de las siguientes

Oculares () Oídos () Vías respiratorias () Gastrointestinales ()

Genitourinarias () Micosis () Otras _____

④ ¿Tiene su cuadro de inmunizaciones completo? SI () NO ()

VI. USO DE MEDICAMENTOS

Describe el nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente

Por enfermedad _____

Preventivos _____

Vitaminas _____

Otros _____

Especifique el nombre y dosis de los siguientes medicamentos autorizados por su pediatra.

Medicamento de uso en caso de fiebre _____

Medicamento de uso en caso de dolor abdominal _____

Medicamento de uso continuo o diarios, diferentes a los anteriores _____

¿ SE AUTORIZA EL USO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS EN LA ESCUELA? SI () NO ()

Nombre y teléfono del pediatra del niño _____

Observaciones _____

Nota: El Instituto cuenta con seguro de accidentes, pero es indispensable que el alumno (a) se presente el mismo día del accidente para brindarle el servicio.

Nombre y firma del padre

Nombre y firma de la madre