INSTITUTO SIMÓN BOLÍVAR
Popocatépetl

PREPARATORIA
www.isb.edu.mx

1 SOLICITUD PARA EXAMEN DE ADMISIÓN

FOTO

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 _____

Preparatoria: *Para 6º Preparatoria: AREA (I) (II) (III) (IV)*

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

INSTITUTO SIMÓN BOLÍVAR
Popocatépetl

PREPARATORIA
www.isb.edu.mx

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 para vigilar su óptimo desarrollo. No envíe a su hijo a la escuela si presenta 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

Describa 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