



# PREPA ISB

## ¿Cómo llenar mi Solicitud de Admisión?

Importante, este formato lo deberás llenar desde tu computadora, no desde un celular.

1. Descarga y guarda el formato PDF.
2. Rellena la información con altas y bajas.
3. Revisa que todos los datos estén correctos, así como la ortografía, nombres y números de teléfono.
4. Guarda el documento con el nombre completo del alumno.
5. Envía tu Solicitud de Admisión al mail:  
[preparatoria@isb.edu.mx](mailto:preparatoria@isb.edu.mx)



## 1 SOLICITUD DE ADMISIÓN



### Datos alumno

Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento		Edad	Años Meses
Sexo	Nacionalidad	Religión	
Grado que cursa		Grado que cursará	

### Datos Escuela de procedencia

Nombre	
Dirección	Tel.
Promedio del ciclo inmediato anterior	Promedio actual

### Datos Familiares | MAMÁ | Nombre

Mail:		Edad
Domicilio	Tel.	
Último grado de estudios		Ocupación
Empresa donde trabaja	Tel. oficina	Ext.
Horario de trabajo	Cel.	Otro tel.

### Datos Familiares | PAPÁ | Nombre

Mail		Edad
Domicilio	Tel.	
Último grado de estudios		Ocupación
Empresa donde trabaja	Tel. oficina	Ext.
Horario de trabajo	Cel.	Otro tel.

¿Algún familiar estudia o labora en el Instituto? Especifique



## 2 HOJA DE DATOS MÉDICOS



### Estimada Familia

La salud e integridad física de su hijo es primordial para nosotros. Es muy importante que cada niño tenga un seguimiento e historial con su médico, para vigilar su óptimo desarrollo. No envíe al niño 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

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

#### Datos Familiares | Nombre MAMÁ

Mail

Edad

Domicilio

Tel. casa

Tel. oficina

Ext.

Cel.

Otro tel.

#### Datos Familiares | Nombre PAPÁ

Mail:

Edad

Domicilio

Tel casa

Tel. oficina

Ext.

Cel

Otro tel.

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

Nombre

Parentesco

Tel. casa

Tel. oficina

Ext.

Cel.

Otro tel.

Domicilio



3

## II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Alergias, cardiovasculares, diabetes, etc:

## III. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad (es) actual (es)

Tratamiento (s)

Alergias

Especifique cuál de las siguientes

Medicamentos

Alimentos

Otros

## IV. ANTECEDENTES PERINATALES *Describe los siguientes datos*

Complicaciones en el embarazo y/o parto

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

- Neurología

- Dermatología

- Cardiovasculares

- Gastrointestinales

- Pulmonares

- Urológicas

**Describe si el niño tiene los siguientes antecedentes**

- Quirúrgicos

- Fractura

- Traumatismos

- Transfusiones

Padece infecciones frecuentes

Especifique cual de las siguientes

Oculares

Oídos

Vías respiratorias

Gastrointestinales

Genitourinarias

Micosis

Otras



## VI. USO DE MEDICAMENTOS

¿Tiene su cuadro de inmunizaciones completo?

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 médico

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?

Medicamentos básicos: Paracetamol, Ibuprofeno, Neomelubrina, Ketorolako, Benzocaina, Subsalicilato de bismuto, Magaldrato, Dimeticona, Hioscina, Pirlamina, Loratadina, Clorpiramina y Bencidamina.

## VII. MÉDICO FAMILIAR

Nombre del médico del alumno

Teléfono del médico del alumno

Observaciones

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

**Hemos leído, llenado los datos de manera adecuada y estamos de acuerdo con la información presentada y proporcionada en la Hoja de Datos Médicos del Ciclo Escolar del Instituto Simón Bolívar.**

Nombre de madre, padre o tutor

Entrevistó

Confirmamos que hemos leído y estamos de acuerdo con el

La (El) que suscribe, en calidad de padre o tutor del (menor), estando en pleno goce y ejercicio de mis derechos civiles, autorizo al Instituto Simón Bolívar, la reproducción de imágenes y vídeos para los materiales educativos, de difusión en redes sociales y publicitarios a cargo del Instituto Simón Bolívar.

Confirmamos que hemos leído y estamos de acuerdo con el