

HOJA CLÍNICA DEL PARTICIPANTE

Núm. De Afiliación del IMSS del Tipo de sangre (indispensable): _____
participante: _____

Si hay algún médico al que consulta habitualmente, anote por favor:

Nombre del Dr.: _____ Tel: _____

Padece o ha padecido de:

Dolores de articulaciones	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	Desmayos	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	Convulsiones	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	Padecimientos en la piel	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Dolores frecuentes de cabeza	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	Alergias	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	Catarros frecuentes	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	Infecciones de la garganta	<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No
Si	No														
Si	No														
Si	No														
Si	No														

Otras enfermedades o molestias (especifique): _____

Ha estado hospitalizado:

Si	No
----	----

 Causas: _____

Ha padecido alguna(s) de estas enfermedades. En caso afirmativo anote ✓ y la edad en que la padeció.

Sarampión: ___ Edad: ___ Tosferina: ___ Edad: ___ Varicela: ___ Edad: ___ Paperas: ___ Edad: ___

Intervenciones quirúrgicas:

Si	No
----	----

 Cuáles: _____

Fracturas y/o accidentes: _____ Especifique: _____

Ha tenido alergia a la penicilina o a algún otro medicamento:

Si	No
----	----

 Qué clase de alergia: _____

Anote ✓ si ya le aplicaron las siguientes vacunas.

Viruela: ___ Tétanos: ___ Fiebre Tifoidea: ___ Tuberculosis ___ Difteria ___ Poliomieltis: ___

Otras (especifique que vacuna e indique en que fecha) _____

Anote ✓ si existen antecedentes familiares.

Asma ___ Diabetes ___ Epilepsia ___ Padecimientos articulares ___ Corazón ___ Venas y arterias ___ Pulmones ___

Hongos en pies y uñas ___

Está bajo tratamiento por algún padecimiento que requiera un medicamento

Especifique que tratamiento: _____

Indicaciones específicas: _____

México, D.F. a ___ de _____ de 2014.

Bajo protesta de decir verdad

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Nota importante: Esta hoja deberá ser llenada y firmada por los padres o tutores. Los datos que aparecen en esta hoja son de gran utilidad para la seguridad del niño(a) y su autenticidad es responsabilidad de la persona que firma.