



INSTITUTO LIPMAN
CENTRO DE EDUCACIÓN PREESCOLAR
EXPEDIENTE MEDICO DEL ALUMNO CICLO ESCOLAR 2017-2018
 Autorizado 2017-2018
 21-08-2017

Estimado Padre de Familia

Como cada año, requerimos la información de tu hijo y tu familia en nuestro Expediente Clínico, es necesario que entregues el siguiente cuestionario lleno.

Dada las situación vivida con el brote de influenza en el 2009, el riesgo actual de un brote de Sarampión, y las epidemias temporales de Varicela, rota-virus y pretendiendo evitar al máximo ser un centro potencial de contagio de enfermedades, te pedimos que nos indiques la situación de vacunación en tu hogar, esto nos ayudara a mantenerte informado de las acciones que pudieran implementarse a lo largo del ciclo escolar. **NOM-168-SSA1-1995**

Nombre del Alumno(a)		
Fecha de Nacimiento		Gpo. Sanguíneo:
Nombre de la Mamá		Edad:
Nombre del Papá		Edad:
Peso del Niño(a):	Kg.	Fecha de la medición
Estatura del Niño(a):	cm.	
Antecedentes Hereditarios Familiares <ul style="list-style-type: none"> • (P) Padre • (M) Madre • (A) Abuelos • (T) Hermanos de padres • (H) Hermanos del menor 	Diabetes	(P) (M) (A) (T) (H)
	Epilepsia	(P) (M) (A) (T) (H)
	Cancer ()	(P) (M) (A) (T) (H)
	Cardiovasculares ()	(P) (M) (A) (T) (H)
	Otros ()	(P) (M) (A) (T) (H)
	()	(P) (M) (A) (T) (H)
Antecedentes patológicos del niño	Causa y/o tipo	Fecha
• Cirugías		
• Transfusiones		
• Alergias		
• Accidentes/Fracturas		
Situación de vacunas en el hogar	Parentesco y Edad	
<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo Familiar y personas que conviven en la misma casa. • Riesgo Epidemiológico: Vacunas con que cuenta cada integrante: Influenza H1N1 (IH) , Neumococo (N) Hepatitis-A (H) Varicela (V) Rotavirus (R), Sarampión (S) 	1 Alumno: _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	2 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	3 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	4 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	5 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	6 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	7 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
	8 _____	(IH) (N) (H) (V) (R) (S)
• Información adicional que consideres relevante y que debamos saber		
En caso de Emergencia Notificar a		Tel:
		Tel:
Pediatra o medico familiar.		Tel:
		Tel:

Nombre y Firma de la madre o tutor

Vo.Bo. Medico Responsable en el INSTITUTO LIPMAN

INSTITUTO LIPMAN

Paseo de los Vientos 400, Fraccionamiento Villas de Irapuato, Irapuato, Guanajuato.
 Tel. (462) 623-1693. E-mail instituto_lipman@telmexmail.com