

ALIMENTACIÓN

Desayuno:

Leche () Huevo () Cereal () Pan ()

Otros: _____

Comida:

Frijoles () Tortillas () Sopa () Verduras ()

Pollo () Carne () Pescado () Frutas ()

Otros: _____

Cena:

Leche () Huevo () Carne () Café ()

Otros: _____

Alimentación: Buena () Regular () Deficiente ()

TIPO DE VIVIENDA

Casa () Departamento () Vecindad () Niveles ()

Propia () Rentada () Prestada ()

Número de habitaciones: _____

Sala () Comedor () Cocina ()

Recámaras () Baños () Patio ()

Materiales de construcción:

Paredes de _____ Techo de _____ Pisos de _____

SERVICIOS PÚBLICOS

Agua potable () Llave pública () Pipa () Energía eléctrica ()

Gas natural () Gas butano () Leña () Petróleo ()

Pavimento () Drenaje () Carro propio () Transporte urbano ()

PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD

De los siguientes aspectos cuáles son los más frecuentes en su colonia:

Pandillas () Vagancia () Centros de vicio ()
Drogadicción () Falta de Vigilancia () Falta de servicios públicos ()

PARA NOSOTROS ES MUY IMPORTANTE SU OPINION: Sugerencias y comentarios

¿Actualmente cuenta con algún tipo de beca? Si _____ No _____

¿Cuál? Oportunidades _____ Secretaría de Educación _____ Otra: _____

EXAMEN MÉDICO PROFILÁCTICO

Servicio Médico con el que cuenta: _____

Cartilla de vacunación: Completa: _____ Incompleta: _____

Cartilla del adolescente activada: Si: _____ No: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Piel: _____ Tipo de Gpo. Sanguíneo: _____

Cavidad bucal (caries) Si _____ No _____ Que grado _____

Trastornos dentición: _____

Tejido gingival: _____ Tratamiento dental: _____

Agudeza visual: O.D. _____ O.I. _____

Agudeza auditiva O.D. _____ O.I. _____

Tensión arteria Max. _____ Min. _____

AREA PRECORDIAL

Ruidos cardiacos: _____

Sistema musculo – esquelético columna vertebral: N _____ A _____

Pie plano: _____

Campos pulmonares normal Si _____ No _____

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares patológicos

Abuelos (A) Padre (P) Madre (M) Hermanos (H)

Diabetes _____ Tuberculosis _____ Tumores _____

Cardiopatías _____ Epilepsia _____ Alcoholismo _____

Alergias _____ Farmacodependencia _____ Tabaquismo _____

Otras _____

ANTECEDENTES NEONATALES

Parto _____ Menarquía _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Enfermedades comunes de la infancia _____

Amigdalitis de Rep. _____ Epistaxis _____

Bronquitis _____ Alergias _____

Parásitos _____ Convulsiones _____

Perdida del conocimiento _____ Traumatismo craneo encefálico _____

Fiebre tifoidea _____ Farmacodependencia _____

Parotiditis _____ Intervenciones quirúrgicas _____

Otras _____

Enfermedades actuales _____

ES IMPORTANTE CONTESTAR DE MANERA VERIDICA Y SINCERA LOS SIGUIENTES APARTADOS

Tuvo seguimiento de Apoyo Escolar en los últimos tres grados Si _____ No _____

Seguimiento en Psicología Si _____ No _____

Diagnostico _____

Referencia _____

Tratamiento _____

Seguimiento _____

Nombre y firma del Médico _____

Cédula Profesional _____

Sello de la Institución

LA NUEVA INDEPENDENCIA

Río Conchos s/n y Río Santa Catarina, Col. Río en Guadalupe N.L. Tel. 83 23 2214
Correo: sectecnica25@gmail.com

