



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS 9
"JUAN DE DIOS BÁTIZ"



SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES
SERVICIO MÉDICO

EXAMEN MÉDICO GENERAL PARA ALUMNOS DE NUEVO INGRESO

Los datos personales recabados serán protegidos e incorporados al SISMI (Sistema Institucional de Servicio Médico Integral) así como en el Sistema de Datos Personales, denominado "Expediente Clínico" del Departamento de Servicios Estudiantiles específicamente del área de Servicio Médico, con fundamento en el Capítulo I, artículo 10 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 23 fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y las Normas NOM-088-SSA21993, NOM-015-SSA2-1994 y NOM-017-SSA2-1994 pertenecientes al reglamento de salud así como también los artículos 20 y 21 de la LFTAIPG; 16, 17, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 de los lineamientos de la Ley de Protección de Datos Personales; el Reglamento Interno del Instituto Politécnico Nacional, el Reglamento General de Estudios del Instituto Politécnico Nacional y cuyo objetivo es contar con los datos personales del alumno para el control y seguimiento del servicio de salud, mismos que fueron registrados en el Listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx), y podrán ser transmitidos a las autoridades del CECyT "Juan de Dios Báltiz", a la Dirección de Administración Escolar, a la Dirección de Educación Media Superior, a la Dirección de Egresados y Servicio Social, a la Dirección de Servicios Estudiantiles con la finalidad del manejo de estadísticas como son: Reporte Epidemiológico y Reporte de Obesidad, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es el departamento de Servicios Estudiantiles del CECyT "Juan de Dios Báltiz", y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma, es el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos "Juan de Dios Báltiz" con domicilio en Mar Mediterráneo No. 227 Colonia Popotla C. P. 11400 Del. Miguel Hidalgo, D. F. y/o en la Unidad de enlace del IPN, ubicada en el edificio de la Dirección General planta baja, oficina de abogada general, localizada en Miguel Othón de Mendizábal esquina con Miguel Bernard, Colonia La Escalera. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicado en el Diario Oficial de Federación el 26 de enero de 2018.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

EL FORMATO ANEXO "EXAMEN MÉDICO", DEBE SER LLENADO POR UN MÉDICO CON CÉDULA PROFESIONAL

Se solicita anexar Resumen Médico en caso de que su hijo tenga algún padecimiento de importancia (Epilepsia, Síndromes metabólicos, Asma, Migraña, Enfermedades neoplásicas o Padecimientos psiquiátricos)

EXAMEN MÉDICO ESCOLAR

1. DATOS GENERALES					
NOMBRE DEL ALUMNO			EDAD		
FECHA DE NACIMIENTO		C.U.R.P.			
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR			SEXO		
DOMICILIO			TELEFONO		

2. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES (Información proporcionada por el padre o tutor)					
PATOLOGÍA		PATOLOGÍA			
TUBERCULOSIS		ALCOHOLISMO			
CARDIOPATÍAS		OBESIDAD			
HIPERTENSIÓN		HEPATITIS			
EPILEPSIA		TOXICOMANIAS			
ENF MENTAL O NERVIOSA		ONCOLÓGICOS			
DIABETES		REUMÁTICOS			
TABAQUISMO		OTRAS			
HEMOFILIA		NIEGA ANTECEDENTES			

3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEL ALUMNO (Información proporcionada por el padre o tutor)					
PATOLOGÍA		PATOLOGÍA			
ALERGIAS		CONVULSIONES			
CARIES		MENINGITIS			
AMIGDALITIS DE REPETICIÓN		TRAUMATISMOS SEVEROS			
RESPIRACIÓN ORAL		MUTILACIONES			
TOS PERSISTENTE		MALFORMACIONES			
ASMA		ESTRABISMO			
TUBERCULOSIS		TOXICOMANÍAS			
CARDIOPATÍAS		ALCOHOLISMO			
DIARREAS FRECUENTES		TABAQUISMO			
PARASITOSIS INTESTINAL		OTRAS			
HEPATITIS		NIEGA ANTECEDENTES			

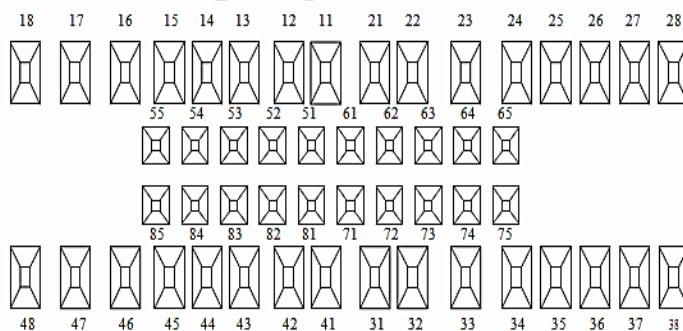
4. EXAMEN FÍSICO											
PESO		Kg	TALLA		cm		PERÍMETRO ABDOMINAL		cm		
						ESQUEMA DE VACUNACIÓN					
						COMPLETO		INCOMPLETO		NULO	
ESTADO NUTRICIONAL				AGUDEZA VISUAL				AGUDEZA AUDITIVA			
NORMAL				O.D.		20/				OIDO DERECHO	
MALNUTRICIÓN				O.I.		20/				OIDO IZQUIERDO	
LEVE				NORMAL				NORMAL			
MODERADA				DISMINUIDA				DISMINUIDA			
SEVERA				USA LENTES				PROTESIS			
SOBREPESO				OTRAS				OTRAS			
OBESIDAD											
				PROBLEMAS DE DESARROLLO				CARDIOVASCULAR			
				MALTRATO				NORMAL			
				PROB DE CONDUCTA				SOPLO FISIOLÓGICO			
				PROB. DE APRENDIZAJE				SOPLO ORGÁNICO			
				PROB. DE LENGUAJE				ARTRITIS			
								F. REUMÁTICA			
PIEL				MÚSCULO ESQUELÉTICO				RESPIRATORIO			

NORMAL	
PODERMITIS	
V. VULGARES	
PEDICULOSIS	
P. ALBA	
MICOSIS	
ESCABIASIS	
OTRAS	

NORMAL	
ALT. MIEMBRO SUP	
DESV. COLUMNA	
RODILLA VALGO- VARO	
PIE PLANO	
OTRAS	

NORMAL	
RESFRIADO COMÚN	
AMIGDALAS HIPERTRÓFICAS	
OTITIS	
BRONQUITIS	
ASMA	

DIENTES TEMPORALES		
A	DIENTE SANO	
B	DIENTE CARIADO	
C	DIENTE OBT Y CARIADO	
D	DIENTE OBT	
E	DIENTE AUSENTE	
F	PARODONTOPATÍAS	
G	MALOCLUSIÓN	



Índice de placa actual _____ %

DIENTES PERMANENTES		
A	DIENTE SANO	
B	DIENTE CARIADO	
C	DIENTE OBT Y CARIADO	
D	DIENTE OBT	
E	DIENTE AUSENTE	
F	PARODONTOPATÍAS	
G	MALOCLUSIÓN	

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS		
A	DEPRESIVO	
B	ANSIEDAD	
C	ESQUIZOFRENIA	
D	TOC	
E	TDAH	
F	ASPERGER	
G	DISLEXIA	
OTRO (especificar)		

DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES

CLÍNICAMENTE APTO PARA ASISTIR A LA ESCUELA	NO ()	SI ()
CLÍNICAMENTE APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS	NO ()	SI ()

NOMBRE, NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MÉDICO



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 9
“JUAN DE DIOS BÁTIZ”



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una emergencia médica es una situación en la que él o la estudiante esta inconsciente, enfermo o lesionado, razón por la cual se requieren decisiones rápidas y acciones en atención médica, cualquier retraso en la prestación del tratamiento puede empeorar la condición física o poner en peligro la vida del o la estudiante.

En el caso de una emergencia médica debido a una enfermedad, lesión o situación inconsciente que ocurra en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos 9 “Juan de Dios Bátiz”, quien abajo firma autoriza al Servicio Médico del Plantel, si no puede comunicarse con el familiar, otorgar atención medica básica y tratamiento médico oportuno al paciente, así como en caso de requerirlo, el traslado del o la estudiante a una Institución de Salud especializada, notificándole al familiar a la brevedad posible.

AUTORIZO SI () NO ()

Nombre del Alumno(a): _____

Grupo: _____ Número de Boleta _____

CURP: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Correo Electrónico del o la Estudiante: _____

Nombre de Padre, Madre o Tutor: _____

Domicilio: _____

_____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Celular del Padre, Madre o Tutor: _____

Firma del o la Estudiante

Firma del Padre, Madre o Tutor.

EN CASO DE SER AFILIADO A ALGUNA INSTITUCIÓN, LLENE LO SIGUIENTE:

INSTITUCIÓN MÉDICA: _____ **CLÍNICA QUE CORRESPONDE:** _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____