



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 LFTAI PG; 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 Bátiz”, 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 Bátiz”, 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 Bátiz” 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, MADRE 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		OIDO IZQUIERDO	
MALNUTRICIÓN		O.I.		20/		NORMAL			
LEVE		NORMAL				DISMINUIDA			
MODERADA		DISMINUIDA				PROTESIS			
SEVERA		USA LENTES				OTRAS			
SOBREPESO		OTRAS							
OBESIDAD									
DIGESTIVO		PROBLEMAS DE DESARROLLO				CARDIOVASCULAR			
NORMAL		MALTRATO				NORMAL			
		PROB DE CONDUCTA				SOPLO FISIOLÓGICO			
						SOPLO ORGÁNICO			

DIARREA			PROB. DE APRENDIZAJE	
PARASITOSIS			PROB. DE LENGUAJE	

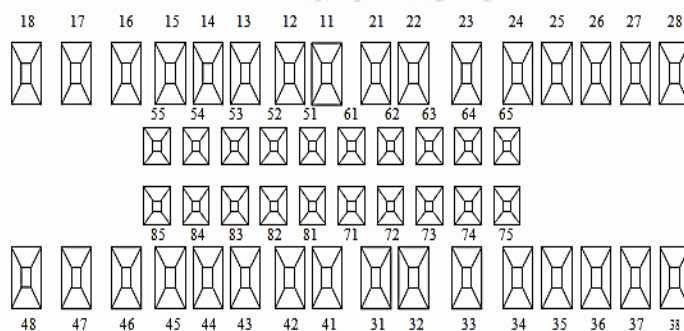
ARTRITIS	
F. REUMÁTICA	

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

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

RESPIRATORIO	
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	MALOCCLUSIÓN	



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

Índice de placa actual _____ %

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

Servicio de Psicología

Una emergencia psicológica es una situación en la que él o la estudiante esta experimentando un desbordamiento emocional, con sintomatología negativa física y mental, razón por la cual se requiere dar contención emocional y/o primeros auxilios psicológicos, tomando decisiones y acciones en atención de la salud mental, cualquier retraso en la intervención puede empeorar la condición o poner en peligro la vida del o la estudiante.

En el caso de una emergencia psicológica debido a una crisis de ansiedad, estado depresivo, conductas de riesgo como ingerir bebidas alcohólicas o sustancias nocivas para la salud, autolesiones o perdida de consciencia que ocurra en el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos 9 "Juan de Dios Bátiz", quien abajo firma autoriza al Servicio de Orientación Psicológica del Plantel a otorgar la atención.

AUTORIZO **SI** (y) **NO** ()

Nombre del Alumno(a): _____

Grupo: _____ **Número de Boleta** _____

Edad: _____ **Correo electrónico:** _____

Nombre del Padre, Madre o Tutor: _____

Domicilio: _____

_____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____

Firma del o la Estudiante

Firma del Padre, Madre o Tutor.

Antecedentes Psicológicos:

¿El estudiante esta diagnosticado con algún Trastorno Psicológico?

SI () NO () Cuál _____

Nombre de la Institución de Salud que realizó la evaluación y el diagnóstico: _____

Si es el caso, ANEXAR A ESTE DOCUMENTO COPIA DEL DIAGNÓSTICO.

En caso de estar medicado, especifique los medicamentos:

En caso de ser afiliado a alguna institución, llene lo siguiente:

Institución Médica: _____ Clínica que corresponde: _____

Número de seguridad social: _____

Agosto 2026

