

Fotografía  
tamaño  
infantil del  
Participante

## CERTIFICADO MÉDICO

ATENCIÓN, PADRES Y TUTORES DE MENORES DE EDAD

**Deben de estar localizables al 100% en los teléfonos que están registrando** mientras su hija(o) está en el curso, en cada reinscripción deben de actualizarlos. **En caso de que se presente una urgencia médica de su hija(o) y Usted no esté localizable, no se le permitirá el acceso posterior al curso y/o reinscripción a su hija(o).**

El presente certificado es obligatorio para la inscripción del participante menor de edad. Favor de no dejar espacios vacíos. Debe ser llenado por un médico, de cualquier institución pública o privada. Se debe entregar en Centro de Idiomas, el día de la inscripción. En caso de dudas acuda al edificio de vinculación o llamar al teléfono: 1292000 ext. 275

### DATOS PERSONALES

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Sexo: Mujer  Hombre

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año

Tipo de seguro médico

<input type="checkbox"/>	IMSS
<input type="checkbox"/>	ISSSTE
<input type="checkbox"/>	SEGURO POPULAR
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

Señas particulares: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Seguro medico particular \_\_\_\_\_

Registrar contacto: \_\_\_\_\_

Anotar teléfonos padres, y/o tutores actualizados (2 mínimo) para estar localizables en todo momento

Teléfono Celular (1): \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (2): \_\_\_\_\_

En caso de urgencia médica notificar a: (Nombre) \_\_\_\_\_

Parentesco

Teléfono

Domicilio

### INSTRUCCIONES

*Favor de no dejar espacios vacíos.*

Debe ser llenado por un médico, de cualquier institución pública (IMSS, ISSSTE, SESEQ, Cruz roja), ó privada (clínicas particulares)

Enviar por correo electrónico en formato PDF junto con la carta de corresponsabilidad al correo: informes@ciut.utsjr.edu.mx

#### Antecedentes Heredo-Familiares

ENFERMEDAD	FAMILIARES PATERNOS		FAMILIARES MATERNOS	
	SI	NO	SI	NO
Diabetes Mellitus				
Hipertensión Arterial				
Cáncer				
Infartos				
Insuficiencia renal				
Otros (especifique):				

#### Antecedentes Personales Patológicos

ANTECEDENTES	Si	No	TRATAMIENTO
Asma			
Convulsiones			
Diabetes Mellitus			
Hipertensión Arterial			
Insuficiencia Renal			
Cardíacos			
Cirugías			Especifique:
Alergias			Especifique:
Uso de lentes			Causa:
Otros (especifique):			

#### Antecedentes Personales No Patológicos

	SI	NO	Cantidad/frecuencia
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Drogas			
Ejercicio			
Transfusiones			

#### Antecedentes Gineco Obstétricos

	Si	No	Semanas de Gestación
Embarazo actual			
Institución Tratante:	_____		
Embarazo alto riesgo	_____		

Grupo y Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

### ANTROPOMETRÍA Y SIGNOS VITALES

Peso: \_\_\_\_\_  
Talla: \_\_\_\_\_

T° \_\_\_\_\_  
F.C \_\_\_\_\_

FR \_\_\_\_\_  
T/A \_\_\_\_\_

I.M.C. \_\_\_\_\_  
Glucosa: \_\_\_\_\_

**Inspección General:**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Cabeza y cuello	Cráneo	
	Ojos	
	Nariz	
	Boca	
	Cuello	
Tórax	Área cardiaca:	
	Área pulmonar:	
Abdomen		
Musculoesquelético	Simetría	
	Acortamientos	
	Malformaciones	
	Manos	
	Pies	
Otros aparatos y Sistemas		

**IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

Con el propósito de brindar un mejor servicio educativo, favor de registrar si se identifica alguna de las siguientes necesidades educativas especiales:

*\*\*revisar hoja anexa de terminología para el correcto llenado de esta sección.*

**FÍSICAS**

Alteración:	Si	No	Especificar:
<b>Motora</b>			
Distrofia muscular			
Traumatismos			
Miopatías			
Epilepsia			
Distrofias osteoarticulares			
Trastornos osteomusculares			
Pie cavo, valgo, equino.			
Otra (Especificar):			

**Sensorial**

Hipoacusia: Es la incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en uno o ambos oídos.			
Sordera			
Ceguera			
Disminución de agudeza visual			
Otra (Especificar):			

**CONDUCTUALES**

Requiere apoyo con:	Si	No	Especificar:
<b>Socialización:</b> Dificultad para entablar conversaciones o socializar con alguna persona.			

<b>Problemas alimenticios:</b> Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos.			
<b>Depresión:</b> bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.			
<b>Ansiedad:</b> preocupación excesiva y continua que son difíciles de controlar e interfieren en las actividades diarias.			
<b>Estrés</b>			
<b>Trastorno emocional:</b> Variación constante de sentimientos y estados de ánimo sin motivo o por causas insignificantes.			
<b>Trastorno del sueño:</b> Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido o despierto, Problemas para mantener un horario regular de sueño, Comportamientos inusuales durante el sueño.			
<b>Dependencia emocional:</b> Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida, temor a la separación de las personas, dificultades para tomar decisiones por sí mismos, dificultades para expresar el desacuerdo con los demás.			
<b>TDHA:</b> Pueden tener problemas para prestar atención, controlar conductas impulsivas podrían actuar sin pensar en el resultado de sus acciones o pueden ser demasiado activos.			
<b>Lenguaje:</b> Diferente retraso en el lenguaje. (Dislexia y dislalia)			
<b>Cognitivo:</b> La atención, el lenguaje o la memoria.			
<b>Autismo:</b> Afecta la comunicación y el comportamiento y el desarrollo.			
<b>Aspeger:</b> Tiene dificultades en la comunicación social y en la flexibilidad de pensamiento y comportamiento.			
Otra (Especificar):			

INTELECTUALES			
Requiere apoyo con:	Si	No	Especificar:
Concentración, Atención, Memoria.			
Otra (Especificar):			

COMUNICACIONALES			
Requiere apoyo con:	Si	No	Especificar:
Trastorno del lenguaje mixto receptivo o expresivo.			
Lenguaje (Necesidad de un lenguaje específico).			
<b>Afasia:</b> es la pérdida parcial o completa de la capacidad de expresar o comprender el lenguaje hablado o escrito. <b>Disartria:</b> es una			
<b>Disartria:</b> es una alteración del habla provocada por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico.			
<b>Sordomudo</b>			
<b>Otra</b>			

SUPERDOTACIÓN INTELECTUAL			
Requiere apoyo con:	Si	No	Especificar:
<b>Superdotación.</b> Altas capacidades, rendimiento excepcional, alta capacidad de memoria.			

MÚLTIPLE			
Especificar:			

## DIAGNÓSTICOS

Comentarios Adicionales/ Recomendaciones:

Nombre y Firma del Médico \_\_\_\_\_

Cédula Profesional \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de elaboración \_\_\_\_\_