



Fotografía
tamaño
infantil del
participante

FV197-SGC
REV.03
28-MAR-25

CERTIFICADO MÉDICO

ATENCIÓN, ASPIRANTES ADULTOS, 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 adulto o menor de edad. Favor de no dejar espacios vacíos. Debe ser llenado por un médico, de cualquier institución pública o privada. Se debe subir a la página de admisión CIUT, sección subir documentos escaneados. En caso de dudas acuda al edificio C, Vinculación o llamar al teléfono: 427 129 2000 ext. 275, 263 y 251.

DATOS PERSONALES

Nombre (s): _____

Sexo: Mujer Hombre

Fecha de Nacimiento:

Día	Mes	Año

Tipo de seguro médico:

	IMMS
	ISSSTE
	SEGURO POPULAR
	Otro: _____

Señas particulares: _____ Número de seguridad social: _____

En caso de urgencia médica notificar a:
(Anotar datos de padres, y/o tutores actualizados (2 mínimo) para estar localizables en todo momento)

	Nombre:	Parentesco:	Teléfono Celular:	Domicilio
1				
2				

Autorizo la administración de medicamentos paliativos por parte del personal médico de la UT SAN JUAN en caso de ser necesario.

No Autorizo la administración de medicamentos paliativos por parte del personal médico de la UT SAN JUAN.

*Esta autorización será vigente mientras el participante esté asistiendo al CIUT.

DATOS POR COMPLETAR POR EL MÉDICO

Antecedentes Heredo-Familiares

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

Antecedentes Personales No Patológicos

	SI	NO	Cantidad/frecuencia
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Drogas			
Ejercicio			
Transfusiones			

Grupo y Tipo de Sangre: _____

Antecedentes Personales Patológicos

ANTECEDENTES	SI	NO	TRATAMIENTO
Asma			
Convulsiones			
Diabetes Mellitus			
Hipertensión Arterial			
Insuficiencia Renal			
Cardiacos			
Cirugías			Especifique:
Alergias			Especifique:
Uso de lentes			Causa:
Otros (especifique):			

Antecedentes Gineco Obstétricos

	SI	NO	Semanas de Gestación
Embarazo actual			
Institución Tratante			
Embarazo alto riesgo			

ANTROPOMETRÍA Y SIGNOS VITALES

Peso: _____ T° _____ FR _____ I.M.C. _____
Talla: _____ F.C _____ T/A _____ Glucosa: _____

Inspección General:

EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza y cuello	Cráneo	
	Ojos	
	Nariz	
	Boca	
	Cuello	
Tórax	Área cardíaca:	
	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:
Motora			
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:
Socialización: Dificultad para entablar conversaciones o socializar con alguna persona.			

Problemas alimenticios: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno por evitación y restricción de la ingesta de alimentos.			
Depresión: bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.			
Ansiedad: preocupación excesiva y continua que son difíciles de controlar e interfieren en las actividades diarias.			
Estrés:			
Trastorno emocional: Variación constante de sentimientos y estados de ánimo sin motivo o por causas insignificantes.			
Trastorno del sueño: Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido o despierto, Problemas para mantener un horario regular de sueño, Comportamientos inusuales durante el sueño.			
Dependencia emocional: 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.			
TDAH: Pueden tener problemas para prestar atención, controlar conductas impulsivas podrían actuar sin pensar en el resultado de sus acciones o pueden ser demasiado activos.			
Lenguaje: Diferente retraso en el lenguaje. (Dislexia y dislalia)			
Cognitivo: La atención, el lenguaje o la memoria.			
Autismo: Afecta la comunicación y el comportamiento y el desarrollo.			
Aspeger: 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).			
Afasia: es la pérdida parcial o completa de la capacidad de expresar o comprender el lenguaje hablado o escrito. Disartria: es una			
Disartria: es una alteración del habla provocada por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla, de origen neurológico.			
Sordomudo:			
Otra:			
SUPERDOTACIÓN INTELECTUAL			
Requiere apoyo con:	Si	No	Especificar:
Superdotación: 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 _____