

Formato de Historia Clínica del Alumno
Servicios Médicos
Datos personales

Nombre completo (por apellidos): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Código Postal: _____ email: _____ Celular: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha: día: _____ mes: _____ año: _____

Religión: _____ Sexo: masculino femenino

Estado civil _____

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____ Celular: _____

Datos escolares

Grupo o Carrera _____ Semestre _____

Escuela de procedencia _____

Datos Clínicos

T/A	F/C	F/R	Temp	Peso	Talla	IMC
-----	-----	-----	------	------	-------	-----

Este rectángulo deberá ser llenado por los Servicios Médicos de Universidad La Salle Cuernavaca

Tipo de sangre _____

Antecedentes heredofamiliares

Marca los antecedentes que se encuentren presentes en abuelos, padres, tíos o hermanos.

Cardiovasculares

- Hipertensión arterial
 Cardiopatía isquémica (infartos)
 Otros

Endócrinos

- Diabetes Mellitus
 Enf. Tiroideas
 Otros

Neurológicos

- Migraña
 Epilepsia
 Enf. Depresivas

Respiratorios

- Asma
 Otros

Neoplásicos

- Cáncer
 Tumores

Antecedentes personales patológicos

Especifica si has padecido alguna de estas enfermedades

Enfermedades congénitas

Cirugías _____

Traumatismos _____

Alergias _____

Trastornos ginecológicos _____

Uso de Prótesis (lentes, dentales, otros) _____

Fumas si no a veces Tomas si no a veces

Otros padecimientos _____

Enfermedades infecciosas

- Parotiditis (paperas)
 Rubéola
 Sarampión
 Varicela
 Hepatitis
 Fiebre tifoidea

Nota: favor de contestar con letra de molde y proporcionar **todos** los datos.

 *Los datos registrados en este formato cumplen con lo establecido en la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares**. Para mayor detalle consultar la siguiente dirección electrónica: www.ulsac.edu.mx/privacidad.html