



LA SALLE  
DEL PEDREGAL

**Preparatoria La Salle del Pedregal**

Av. Transmisiones 51 Col. Exhacienda de  
San Juan Huipulco, Tlalpan, C.P. 14310, CDMX  
Tel. 5673 - 3149 | 5673 - 1907  
[www.preparatorialasalle.edu.mx](http://www.preparatorialasalle.edu.mx)

PREPARATORIA LA SALLE DEL PEDREGAL  
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 1166  
CICLO 2024 - 2025  
**FICHA DE SERVICIO MÉDICO**

POR LA IMPORTANCIA DE ÉSTA INFORMACIÓN, ÉSTA FICHA DEBE SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR. FAVOR DE HACERLO CON LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE.

Se hace la aclaración que la atención que se brinda en la PLSP se limita a dar solamente primeros auxilios básicos, suministrar medicamentos prescritos por el médico tratante que sean proporcionados y solicitados por los padres, madres de familia, tutores(as) mandando la respectiva receta médica de manera física, dar facilidades a la Secretaría de Salud (SSA) y la DGIRE, en campañas de vacunación. Bajo ninguna circunstancia se prestará servicio de consulta y diagnóstico médico, expedición de recetas, constancias y/o certificados médicos, no se realizan pruebas de COVID-19 ni influenza, pruebas de laboratorio, procedimientos de atención a accidentes previos que hayan acontecido fuera del colegio, así como tampoco se realizarán procedimientos hospitalarios.

Nombre Completo del Alumno *(De acuerdo al Acta de Nacimiento)*

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la Madre o Tutora: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Madre o Tutora: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS MÉDICOS**

**SOMATOMETRÍA**

Peso \_\_\_\_\_ kg Talla \_\_\_\_\_ m

Enfermedades que ha padecido o padece actualmente:

Influenza Si ( ) No ( )

Hepatitis Si ( ) No ( )

Covid-19 Si ( ) No ( )

Otra (señalar padecimientos cardiacos, neurológicos, psiquiátricos, ortopédicos, gastrointestinales), etc \_\_\_\_\_

¿Está bajo tratamiento actualmente? Si ( ) No ( )

¿Cuál? (favor de anexar copia de la receta médica con nombre completo del Médico Tratante, cédula profesional y firma del mismo) \_\_\_\_\_

En caso de haber padecido COVID- 19 indique la fecha del último cuadro \_\_\_\_\_

Si presenta secuelas en qué consisten \_\_\_\_\_

¿Cuántas dosis de vacuna contra COVID-19 ha recibido? \_\_\_\_\_

En los últimos dos meses: ¿Luxaciones, fracturas, esguinces? Si ( ) No ( )

Sitio de lesión \_\_\_\_\_



¿Padece pie plano? Si ( ) No ( ) Tratamiento \_\_\_\_\_

¿Padece alergias a medicamentos, alimentos o alguna sustancia? Si ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Cirugías previas Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿En caso de ser necesario, autoriza que a su hijo(a) se le administre alguno de los siguientes medicamentos?

Paracetamol	Si ( ) No ( )
Ibuprofeno	Si ( ) No ( )
Naproxeno	Si ( ) No ( )
Diclofenaco	Si ( ) No ( )
Hioscina	Si ( ) No ( )
Ketorolaco	Si ( ) No ( )
Omeprazol	Si ( ) No ( )
Loratadina	Si ( ) No ( )
Carbonato de Calcio	Si ( ) No ( )
Bromuro de pinaverio	Si ( ) No ( )
Salbutamol	Si ( ) No ( )

En caso, de que derivado de su condición física, padecimiento y/o enfermedad, su hijo (a) requiera de alguna atención específica dentro del colegio o presentara una emergencia, redacte el paso a paso a seguir para brindarle a su hijo (a) la atención necesaria (REDACTE EN EL RECUADRO SIGUIENTE).

**NOTA:** Hago constar que he leído y corroborado que los datos anteriormente asentados en esta ficha son correctos y verídicos, así mismo me comprometo a realizar las actualizaciones pertinentes de acuerdo a los cambios en la salud de mi hijo (a) de manera oportuna, con el fin de que en el SERVICIO MÉDICO se encuentre la información precisa para la atención que mi hijo (a) solicite en dicho servicio.

Nombre del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma del documento: Ciudad de México, a \_\_\_\_\_



PREPARATORIA LA SALLE DEL PEDREGAL  
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 1166  
CICLO 2024 - 2025  
**FICHA DE APOYO PSICOLÓGICO**

POR LA IMPORTANCIA DE ESTA INFORMACIÓN, ESTA FICHA DEBE SER LLENADA POR EL PADRE, MADRE O TUTOR. FAVOR DE HACERLO CON LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE.

Se hace la aclaración que la atención que se brinda en la PLSP se limita a dar solamente primeros auxilios psicológicos básicos, siendo una atención de asistencia de primer contacto y preventiva. Bajo ninguna circunstancia se prestará servicio de consulta, constancias y/o certificados psicológicos.

Nombre Completo del Alumno (Tómese del acta de nacimiento):

\_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la Madre o Tutora: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Madre o Tutora: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la Madre o Tutora: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del Padre o Tutor \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Profesional de la salud mental tratante (en caso de contar con alguno)

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cédula profesional: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Heredo Familiares**

Algún miembro de la familia presenta o presentó padecimiento(s) neurológicos, psiquiátricos y/o mentales importantes: SI ( ) NO ( )

¿Qué tipo de padecimiento?: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Tratamiento o tratamientos: \_\_\_\_\_

Actualmente, mi hij@ se encuentra bajo algún tratamiento psicológico o psiquiátrico:

SI ( ) NO ( ) ¿Qué tratamiento? \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**Hábitos de sueño:**

Considero que la calidad del sueño de mi hij@ es: Buena Mala Regular

Ha necesitado algo para ayudarlo a dormir: SI ( ) NO ( ) ¿Qué utiliza? \_\_\_\_\_

**Hábitos alimenticios:**

¿Cuántas veces come al día mi hijo (a)? \_\_\_\_\_

¿Mi hij@ se restringe de algún tipo de alimento que no esté relacionado con alguna condición médica? \_\_\_\_\_

¿Suele dejar de comer por periodos prolongados mi hijo (a)? SI ( ) NO ( )

En caso de responder SÍ a la pregunta anterior ¿cuál es la razón? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



LA SALLE  
DEL PEDREGAL

**Preparatoria La Salle del Pedregal**

Av. Transmisiones 51 Col. Exhacienda de  
San Juan Huipulco, Tlalpan, C.P. 14310, CDMX  
Tel. 5673 - 3149 | 5673 - 1907  
[www.preparatorialasalle.edu.mx](http://www.preparatorialasalle.edu.mx)

¿Mi hij@ usa o consume tabaco, vapeadores, cigarro electrónico y/o IQOS? SI ( ) NO ( )  
En caso de responder SI a la pregunta anterior ¿cuántas veces a la semana lo hace? y  
¿aproximadamente qué cantidad consume? \_\_\_\_\_

¿Mi hij@ consume alcohol? SI ( ) NO ( )  
En caso de responder SI a la pregunta anterior ¿cuántas veces a la semana lo hace? y  
¿aproximadamente qué cantidad consume? \_\_\_\_\_

¿Mi hij@ consume cualquier tipo de bebida energizante? SI ( ) NO ( )  
En caso de responder SI a la pregunta anterior ¿cuántas veces a la semana lo hace? y  
¿aproximadamente qué cantidad consume? \_\_\_\_\_

**NOTA:** Hago constar que he leído y corroborado que los datos anteriormente asentados en esta ficha son correctos y verídicos, así mismo me comprometo a realizar las actualizaciones pertinentes de acuerdo a los cambios en la salud mental de mi hijo (a) de manera oportuna, con el fin de que en el área de Apoyo Psicológico se encuentre la información precisa para la atención que mi hijo (a) solicite en dicho servicio.

Nombre del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma del documento: Ciudad de México, a \_\_\_\_\_