



PREPARATORIA LA SALLE DEL PEDREGAL
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 1166
CICLO 2025 - 2026

FICHA DE SERVICIO MÉDICO

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 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:

1. Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

DATOS MÉDICOS

SOMATOMETRÍA

Peso _____kg Talla _____m

Enfermedades que ha padecido o padece actualmente:

Influenza Sí () No ()

Hepatitis Sí () No ()

Covid-19 Sí () No ()

Otra (señalar padecimientos cardiacos, neurológicos, psiquiátricos, ortopédicos, gastrointestinales),etc_____

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

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

Actualmente, mi hijo (a) toma algún medicamento psiquiátrico: Sí() No()

Indique el fármaco y la dosis _____

En los últimos dos meses ¿ha sufrido luxaciones, fracturas o esguinces? En caso afirmativo escribir el tipo y sitio de la lesión.

¿Padece pie plano? Sí() No() Tratamiento_____

¿En el último año ha sufrido alguna lesión deportiva? En caso afirmativo escribir el tipo, sitio de lesión y rehabilitación: _____

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

¿Cuál?_____

Cirugías previas Sí() No()

¿Cuál?_____

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

Paracetamol	Sí ()	No ()
Ibuprofeno	Sí ()	No ()
Naproxeno	Sí ()	No ()
Diclofenaco	Sí ()	No ()
Hioscina	Sí ()	No ()
Ketorolaco	Sí ()	No ()
Omeprazol	Sí ()	No ()
Loratadina	Sí ()	No ()
Carbonato de Calcio	Sí ()	No ()
Bromuro de pinaverio	Sí ()	No ()
Carbón vegetal activado	Sí ()	No ()
Salbutamol	Sí ()	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 _____