



**TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO  
INSTITUTO TECNOLÓGICO DE VERACRUZ  
DEPARTAMENTO DE ACTIVIDADES EXTRAESCOLARES**

**FICHA MEDICA ESCOLAR**

Fecha:.....No Control.....Carrera.....  
 Apellido y Nombre:.....  
 Edad:..... Sexo..... Lugar y Fecha Nac.:.....  
 Domicilio:..... Telf.....

**Examen Físico**

Peso:..... Estatura:..... Grupo Sanguíneo RH :.....  
 F. Cardíaca en Reposo..... F. Cardíaca en el Ejercicio.....

**1.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Enfermedades que ha padecido)**

.....  
 .....

Cirugías.....SI.....o.....NO..... Donde:.....

Alérgicos especifique a:.....

**Enfermedades Importantes en la Familia Directa..... (SI .. NO)**

Diabetes:.....Asma:.....Migraña:.....Hepatitis.....

Epilepsia:.....Reumatismo:.....Otras:.....

**2.-HABITOS TOXICOS      SI   o   NO**

Calz. Miguel Ángel de Quevedo 2779, Col. Formando Hogar,  
 C.P. 91897, H. Veracruz, Ver.,  
 Tel.: (229) 934 1500  
 www.itver.edu.mx





TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO



Alcohol.....

Tabaco.....

Otros.....

**3.-MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

.....

.....

**4.-DURANTE SU ACTIVIDAD FISICA QUE PRACTICA O DESARROLLA EN SU TIEMPO LIBRE PADECE DE ESTOS SÍNTOMAS SEÑALA CON UNA X**

Cansancio Extremo.....Falta de Aire.....Pérdida de Conocimiento.....Palpitaciones.....

Dolor en tórax.....Dolor de cabeza.....Vómitos.....Calambres.....

Otros.....

**USTED ESTA APTO, desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas escolar.**

**SI O NO**

Firma del Promotor de Deportivo

Firma y sello del medico