



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL  
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS No. 2  
"MIGUEL BERNARD"  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS E INTEGRACIÓN SOCIAL  
OFICINA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS



## HOJA DE REGISTRO

### DATOS GENERALES



DISCIPLINA \_\_\_\_\_ CICLO ESCOLAR \_\_\_\_\_

PROFESOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

BOLETA \_\_\_\_\_ GRUPO \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_ CARRERA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

DELEGACION O MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

### PARA SER LLENADO POR EL SERVICIO MÉDICO

ANTECEDENTES EN LA ACTIVIDAD QUE VA A REALIZAR:

¿SUFRES ALGUNA DISCAPACIDAD? SI  NO  ¿REQUIERE o ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI  NO

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_ INDICA CUAL: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_ QUIRÚRGICOS / TRAUMÁTICOS: \_\_\_\_\_

INMUNIZACIONES: AL CORRIENTE  PENDIENTES  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_ DESCONOCE  GRUPO y Rh: \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

HABITUS: \_\_\_\_\_

CARDIOVASCULAR: \_\_\_\_\_ RESPIRATORIO: \_\_\_\_\_

GASTROINTESTINAL: \_\_\_\_\_ GENITO URINARIO: \_\_\_\_\_

OSTEOMUSCULAR: \_\_\_\_\_ NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

PEDICULOSIS: SI  NO  MICOSIS: SI  NO  REQUIERE ASISTENCIA O SUPERVISION ADICIONAL SI  NO

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_

¿APTO / APTA PARA ACTIVIDAD? SI  NO

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO** \_\_\_\_\_ **Nº DE CÉDULA PROFESIONAL** \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: (Nombre, parentesco, teléfono) \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES DEL PROFESOR \_\_\_\_\_

MÉXICO D. F., A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_