

ESTADO GENERAL DE SALUD

Tipo de sangre

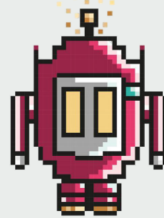
Grupo sanguíneo: O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB-

Historial del Desarrollo

Peso al nacer: kg

Talla al nacer: cm

Semanas de gestación:



El registro del apartado se realizará en una sola ocasión cuando el alumno ingrese al Sistema Educativo. Si no se cuenta con la información la plataforma permitirá la captura de los demás datos.

Clasificación del Recién Nacido

Tipo de parto: Cesárea Parto natural Partera Se desconoce

Escala de Apgar (a los 5 minutos):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No calificado (se desconoce)

Tipo (s) de lactancia: Se desconoce Materna Artificial Ambos

Complicaciones durante y después del nacimiento

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estuvo en incubadora | <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia | <input type="checkbox"/> Fractura de clavícula |
| <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer | <input type="checkbox"/> Cianosis | <input type="checkbox"/> Síndrome de aspiración de meconio |
| <input type="checkbox"/> Asfixia perinatal | <input type="checkbox"/> Macrosomía | <input type="checkbox"/> Síndrome de dificultad respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Problemas metabólicos | <input type="checkbox"/> Displasia de cadera | |

Desarrollo temprano

*ESCRIBIR LA EDAD EN MESES

Sostuvo la cabeza Dijo sus primeras palabras

Se sentó Aprendió a ir al baño

Gateó Corrió

Caminó Salto con las dos piernas

Problemas Posturales

¿Se observa en el alumno algún problema postural?

NO SÍ

¿Utiliza algún aparato ortopédico?

NO SÍ

Antecedentes farmacológicos

Alergia a algún medicamento: NO SÍ CUÁL:

Alergia o intolerancia a algún alimento: NO SÍ CUÁL:

Usa algún medicamento permanente: NO SÍ CUÁL:

Enfermedades crónicas

Problemas Cardiovasculares (Cardiopatías)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Enfermedades crónicas respiratorias (Asma)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Hipertensión	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Depresión	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Cáncer	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Lupus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Diabetes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Obesidad	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Artritis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Desnutrición	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
VIH Sida	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Otras enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A la fecha ha contraído Covid-19	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
		A la fecha ha contraído Dengue	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

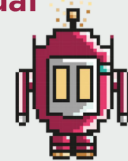
DESARROLLO FÍSICO

Aspectos neuromotores

Se muerde las uñas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Agrede a hermanos, compañeros o vecinos	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Se jala el cabello	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Se golpea la cabeza	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Rechina los dientes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Huele objetos obsesivamente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Se chupa el dedo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Fija la vista en la luz	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Se balancea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Hace gestos o muecas sin control	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Gira sobre sí mismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Muerde de forma espontánea	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Dificultad en coordinación fina	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Movimientos involuntarios con las manos o pies	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Dificultad en coordinación gruesa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Se le dificulta estar sentado	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Se arranca las cejas o pestañas	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Se le dificulta concentrarse	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

FACTORES QUE INCIDEN EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR

Reporte de evaluación anual



La migración de datos se realizará de la plataforma de Control Escolar.

Historial sociofamiliar

Personas que viven con el alumno:

- Solo Padre Solo madre Ambos Padres Padres / Otras personas

Personas con quienes pasa la mayor parte del tiempo:

- Con Padre Con madre Ambos Padres Padres / Otras personas

Hermanos con los que cuenta el alumno:

Número de hermanos: Lugar que ocupa entre los hermanos:

Apoyos específicos permanentes:

- Bastón blanco Aparatos auditivos Otro/Cuál
 Lentes Silla de ruedas Ninguno