

**FORMATO DE SALUD ESCOLAR POR NIVEL EDUCATIVO 2016**

**Registro de datos sobre el Desarrollo y Enfermedades**

Detecciones	Grado Escolar		
	Año Escolar	PRIMERO	TERCERO
Edad			
Peso			
Talla			
Agudeza Visual			
Columna			
Dental			
Hemoglobina			
Notas:			
Deserción			
Violencia			
Tabaquismo			
Adicciones			
Accidentes			
Reprobación de materias			
Infecciones (tipo)			
Discapacidad (tipo)			
TDA			
Otras Enfermedades			
Describir			

Escuela	Estado	Municipio
Nombre(s) del Alumno	Apellido Paterno	Apellido Materno

**FORMATO DE SALUD ESCOLAR POR NIVEL EDUCATIVO**

**Datos Familiares**

Nº de Personas en casa	
------------------------	--

**Indique su Parentesco**

Padre	<input type="checkbox"/>	Padrastro	<input type="checkbox"/>	Trabaja	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	Madrastra	<input type="checkbox"/>	Trabaja	<input type="checkbox"/>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NO</b>	<input type="checkbox"/>	Ausente	<input type="checkbox"/>	Fallecido	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<b>Núm.</b>	Trabajan	<b>Núm.</b>	Estudian	<b>Núm.</b>	Menor de edad	<b>Núm.</b>	Fallecido	<b>Núm.</b>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Hermanas	<b>Núm.</b>	Trabajan	<b>Núm.</b>	Estudian	<b>Núm.</b>	Menor de edad	<b>Núm.</b>	Fallecido	<b>Núm.</b>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**¿Tiene derecho a Servicios de Salud?**

IMSS  ISSSTE   OTRO  NO TIENE

**Hábitos**

¿Fuma alguien en casa?  **SI**  **NO**

Si la respuesta es afirmativa  
(Atención número de hermanos que fuma)

¿Quién fuma? Padre  Madre  Hermana(s)  Hermano(s)

¿De cuántas habitaciones se compone su casa? \_\_\_\_\_