



# FORMATO **EXPEDIENTE MEDICO**

No. Control: IMTECH-FRHU-024 | FECHA: 23-dic-22 | Revisión: 002

## REGISTRO DE REVISIONES

Dueño del proceso: Recursos Humanos Aprobador (es): Gerente Administrativo



# EXPEDIENTE MEDICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: M F EDAD: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (S) \_\_\_\_\_ (años)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Col/Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_ GRUPO/RH: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

DERECHOHABIENTE AL: IMSS \_\_\_\_\_ ISSSTE \_\_\_\_\_ ISSEMYM \_\_\_\_\_ OTR0 \_\_\_\_\_ NINGUNO \_\_\_\_\_  
(EN CASO DE SER MENOR DE 18 AÑOS PONER EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR)

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (S) \_\_\_\_\_

SIGNOS VITIALES: FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ T/A \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ INFECTOCONTAGIOSAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SARAMPIÓN \_\_\_\_\_ RUBÉOLA \_\_\_\_\_ VARICELA \_\_\_\_\_ HEPATITIS \_\_\_\_\_ ESCARLATINA \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

CIRUGIAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ALERGIAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

TRANSFUCIONES: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES ACTUALES DE IMPORTANCIA: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_