



FORMATO DE VISIÓN INTEGRAL

Nombre completo: _____ Semestre: _____
(Apellido paterno, apellido materno, nombre(s))

Especialidad y Grupo: _____ Turno: _____

El Programa de Fomento a la Salud y el Programa de Prevención del Embarazo, contribuyen al desarrollo integral de los alumnos para fortalecer un estilo de vida saludable.

NO.	PADECIMIENTOS MÉDICOS	NO	SI	TRATAMIENTO
1	Anorexia			
2	Ansiedad			
3	Auditiva			
4	Bulimia			
5	Depresión			
6	Embarazo			
7	Motriz			
8	Obesidad			
9	Alergias			
10	Visual			



NO.	PADECIMIENTOS MÉDICOS	NO	SI	TRATAMIENTO
11	Trastorno de Comportamiento Agresivo (TCA)			
12	Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)			
13	Trastorno de la Conducta			
14	Trastorno de Límite de la Personalidad (TLP)			
15	Trastorno Oposicionista Desafiante (TOP)			
16	Algún impedimento médico o clínico para realizar activación física			

***AUTORIZO QUE MI HIJA / HIJO REALICE ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTIVAS.**

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL

TELEFONOS DE EMERGENCIA	
--------------------------------	--

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL
--

Teotihuacán, Estado de México a _____ 2024.

TSD/CHM/ERH/scg*

