



## FORMATO DE VISIÓN INTEGRAL

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ 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   | Trastorno de Comportamiento Agresivo (TCA) |    |    |             |



| NO. | PADECIMIENTOS MÉDICOS                                      | NO | SI | TRATAMIENTO |
|-----|--|----|----|-------------|
| 10  | Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) |    |    |             |
| 11  | Trastorno de la Conducta                                   |    |    |             |
| 12  | Trastorno de Límite de la Personalidad (TLP)               |    |    |             |
| 13  | Trastorno Oposicionista Desafiante (TOP)                   |    |    |             |
| 14  | Visual   |    |    |             |
| 15  | Algún impedimento para realizar activación física          |    |    |             |

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

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA PADRE / TUTOR**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>TELEFONOS DE EMERGENCIA</b> |  |
|--------------------------------|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ALUMNO</b> | <b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR</b> |
|---|--|

Teotihuacán, Estado de México a \_\_\_\_\_ 2024.

TSD/CHM/ERH/scg\*

