



SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL
COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL
SECRETARIA DE IGUALDAD SUSTANTIVA

EXAMEN MÉDICO PROGRAMA VACACIONAL 2024

Nombre del Niñx: _____		
Afiliación (NSS): _____		
Edad: _____ años	Fecha de nacimiento: _____	
Peso: _____ kg	Estatura: _____ cm	IMC: _____
Grupo sanguíneo: _____		

Antecedentes Familiares (Crónicas Degenerativas): _____		
Alergias: _____	Sí ()	No ()
Medicamentos: _____	Alimentos: _____	Otros () Cuales: _____
Esquema de Vacunación completo	Sí ()	No ()
Padece algún impedimento total o parcial para desarrollarse independientemente Visual (), Auditivo () Motor () Intelectual () Respiratorio () TDAH () Otro () ¿Cuál? _____		
Padece alguna enfermedad, especifique cual: _____		
Se está efectuando algún tratamiento médico que requiera cuidados: _____		
Está consumiendo algún tipo de medicamento (indique cual y horario) : _____ _____		
Examen Médico: _____ _____		



SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL
COMITÉ EJECUTIVO NACIONAL
SECRETARIA DE IGUALDAD SUSTANTIVA

Esta apto para realizar actividad física: Si () No ()

¿Por qué?

Médico responsable del examen: _____

Adscripción: _____ Matrícula: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Cédula Profesional: _____

Firma: _____

Datos de contacto en caso de Emergencia:

Nombre del padre o Tutor:
Adscripción:
Correo:
Teléfono (domicilio):
Teléfono Celular:
Segundo contacto:
Nombre:
Parentesco:
Teléfono: