



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

EXAMEN MÉDICO PROGRAMA VACACIONAL 2024

Nombre del Niño:		

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:		
