

DIAGNOSTICO GENERAL DEL ESTUDIANTE MIGUEL CASTILLO RODRÍGUEZ
PROGRAMA DE TUTORIAS

CURP	CARM940713HJCSDG08
------	--------------------

CÓNYUGE		No. HIJOS	0
FECHA NACIMIENTO (aaaa-mm-dd)		1994-07-13	NACÍ EN

EN

ETNIA

DIALECTO

IDIOMA EN %	INGLÉS
-------------	--------

%, FRANCÉS %, ALEMÁN % , OTRO IDIOMA

%

HÁBITOS Y PASATIEMPOS

NÚMERO DE VECES POR SEMANA QUE UTILIZAS LA BIBLIOTECA :	1
---	---

LIBROS DE LITERATURA (Novela, Poesía, Cuentos) QUE LEES AL AÑO :	2
--	---

HORAS A LA SEMANA QUE DEDICAS A ESTUDIAR :

PASATIEMPO FAVORITO :

DEPORTE QUE PRACTICAS :

VECES A LA SEMANA QUE LEES EL PERIÓDICO :

TIPO DE COMPUTADORA QUE TIENES :

DOMICILIO FIJO EN SU LUGAR DE ORIGEN (DE LOS PADRES)

CALLE	ALLENDE 24
COLONIA	CENTRO, USMAJAC
ESTADO / CIUDAD	

CP	49300	
PAÍS	MEXICO	
TELÉFONO	4210224	
NOMBRE PADRE	LIBRADO CASTILLO OSORIO	VIVE <input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRE MADRE	GUILLERMINA RODRIGUEZ AGUILAR	VIVE <input checked="" type="checkbox"/>

DIAGNOSTICO GENERAL DEL ESTUDIANTE MIGUEL CASTILLO RODRÍGUEZ
PROGRAMA DE TUTORIAS

DATOS SOCIOECONÓMICOS

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA
CASA PATERNA :

7

NÚMERO DE HABITACIONES DE TU CASA :

2

LA ZONA DONDE VIVES ES :

EL SECTOR DONDE VIVES ES :

LA CASA DONDE VIVEN TUS PAPÁS ES :

QUIEN APORTA ECONÓMICAMENTE EN TU CASA :

GRADO DE ESTUDIOS DE TU PADRE :

GRADO DE ESTUDIOS DE TU MADRE :

OCUPACIÓN DE QUIEN MANTIENE LA FAMILIA :

TRABAJAS :

SUELDO :

DOMICILIO LOCAL

CALLE

CALZ. ANTONIO NARRO 1923, INTERNADO UAAAN, ED. PALOMA

COLONIA

BUENAVISTA

ESTADO / CIUDAD

CP

TELÉFONO

CELULAR LOCAL

8442902920

E-MAIL

SALUD FISICA

SERVICIO MÉDICO :

GRUPO SANGUÍNEO

USAS LENTES :

DIAGNOSTICO GENERAL DEL ESTUDIANTE MIGUEL CASTILLO RODRÍGUEZ
PROGRAMA DE TUTORIAS

PADECES O HAS PADECIDO:

	NO	SI	S/E*
EPILEPSIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIABETES	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MIGRAÑA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ASMA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIPERTENSION	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* S/E : Sin Evaluar o No Sabes

TIENES EN TU FAMILIA ALGUIEN QUE PADECE

	NO	SI	S/E*
DIABETES	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIPERTENSION	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CANCER	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALERGIAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DROGADICCIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TABAQUISMO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALCOHOLISMO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBESIDAD	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

VECES A LA SEMANA QUE CONSUMES BEBIDAS ALCOHÓLICAS

NÚMERO DE CIGARROS DIARIOS QUE FUMAS

TIENES CONOCIMIENTO DE:

	SI	NO
--	----	----

PRESENTAS O PRESENTASTE LO SIGUIENTE:

	NO	SI	S/E*
CÁNCER	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DROGADICCIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALCOHOLISMO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TABAQUISMO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIDAD	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESNUTRICIÓN	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENF. RESPIRATORIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENF. DIGESTIVA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENF. TRANS. SEXUAL	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SORDERA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BULIMIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANOREXIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DISLEXIA	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DALTONISMO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PROBL. DE LENGUAJE	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TRASTORNOS SUEÑO	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ALERGIAS	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* S/E Sin Evaluar o No sabes

DIAGNOSTICO GENERAL DEL ESTUDIANTE MIGUEL CASTILLO RODRÍGUEZ
PROGRAMA DE TUTORIAS

ENFERMEDADES DE TRANSMISION
SEXUAL

METODOS ANTICONCEPTIVOS

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

NOMBRE

LIBRADO CASTILLO OSORIO

DIRECCION Y TELEFONOS

ALLENDE 24 USMAJAC,JAL.
TEL:4210224

NOMBRE

GULLERMINA RODRIGUEZ AGUILAR

DIRECCION Y TELEFONOS

ALLENDE 24 USMAJAC,JAL.
TEL:4210224