



CBTis No. 50
PROGRAMA DE INTEGRACIÓN Y CUIDADO COMUNITARIO
"¡MI ESCUELA ME CUIDA!"
FORMATO DE IDENTIFICACIÓN, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESTUDIANTES
CON DISCAPACIDAD Y/O CONDICIÓN DE SALUD

Objetivo: Identificar oportunamente a estudiantes que presenten alguna discapacidad, enfermedad crónica, degenerativa o condición de salud que requiera atención, apoyo, ajustes razonables o seguimiento durante su permanencia en el plantel, con la finalidad de favorecer su bienestar, inclusión, permanencia y continuidad educativa.

I. DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

Nombre completo:		No. de control:	
Semestre/Grado:		Grupo:	
Turno:		Fecha:	

II. IDENTIFICACIÓN DE LA CONDICIÓN

Marque la opción que corresponda:

☐ Discapacidad ☐ Enfermedad crónica ☐ Enfermedad degenerativa ☐ Condición médica temporal ☐ Otra:

Diagnóstico o condición reportada:

Fecha de diagnóstico (si se conoce):

Tipo de discapacidad (cuando corresponda): ☐ Motriz ☐ Visual ☐ Auditiva ☐ Intelectual ☐ Psicosocial ☐ Múltiple ☐ Otra:

Documento médico o constancia: ☐ Presenta ☐ No presenta ☐ Pendiente

Institución médica que brinda atención:

III. INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE

Tipo de sangre: _____ ¿Recibe tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No

Medicamento(s) que consume, dosis y frecuencia:

Alergias:

Condiciones que requieren atención especial o actuación en caso de emergencia:

☐ Convulsiones/Epilepsia ☐ Diabetes ☐ Asma ☐ Alergia grave ☐ Cardiovascular ☐ Renal ☐ Otra:

Indicaciones específicas en caso de emergencia:



Restricciones o indicaciones médicas para actividades escolares:

IV. NECESIDADES DE APOYO Y ACCESIBILIDAD

¿La condición requiere algún ajuste o apoyo para el desarrollo de sus actividades escolares? ☐ Sí ☐ No

Tipo de apoyo requerido: ☐ Accesibilidad física ☐ Tecnológica ☐ Académica ☐ Comunicación ☐ Apoyo socioemocional ☐

Otro: _____

Describe los apoyos, ajustes razonables o consideraciones necesarias:

V. CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Parentesco / relación	Teléfono

VI. CANALIZACIÓN INSTITUCIONAL (USO DEL PLANTEL)

Área(s) de atención: ☐ Orientación Educativa ☐ Tutoría ☐ Enfermería ☐ Servicios/Control Escolar ☐ Dirección ☐
Institución de salud ☐ Otra: _____

Motivo de canalización:

Acciones iniciales realizadas:

VII. REGISTRO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Fecha	Área / responsable	Atención o acción realizada	Acuerdos / canalización	Próximo seguimiento

VIII. OBSERVACIONES





Educación

Secretaría de Educación Pública



DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN
TECNOLÓGICA INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS

Subsecretaría de Educación Media Superior
Dirección General de Educación Tecnológica Industrial y de Servicios
Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 50



Aviso de confidencialidad: La información proporcionada será utilizada exclusivamente para fines de atención, prevención, acompañamiento y seguimiento escolar, procurando su manejo confidencial y el acceso únicamente por el personal autorizado conforme a la normatividad aplicable.

Nombre y firma del padre, madre o
tutor(a)

Firma del estudiante

Nombre y firma del responsable que
recibe



2026
año de
**Margarita
Maza**

Av. Francisco Márquez No. 5, Col. Tequesquahuac, Tlalnepantla de Baz, C.P. 54020, Estado de México Tel. 5553101060
correo cbtis050.dir@dgeti.sems.gob.mx