



ESCUELA PRIMARIA
"REPÚBLICA DE SENEGAL"
09DPR2285X
CICLO ESCOLAR 2025-2026

ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA

Por este medio nos permitimos enviarles un cordial saludo esperando que este ciclo que empieza venga colmado de alegría, aprendizaje, ilusión y éxito.

El motivo de este mensaje es para informarles que el día de ayer nos llegó un correo en el que se nos informa que nuestra escuela participará en el Programa "Vive Saludable, Vive Feliz", por lo que nos enviaron algunas especificaciones que compartiremos con ustedes por medio de una infografía.

Para el día viernes 29 de agosto será necesario que, adicional a los documentos de inscripción que están en la página, nos entreguen 2 documentos más, que podrán encontrar al final de este comunicado, los documentos son:

- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- CÉDULA DE CAPTURA PARA LA ESTRATEGIA DE VIVE SALUDABLE

Favor de leer con mucha atención el llenado de dichos documentos:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. El documento deberá ser llenado con **TINTA AZUL**, LETRA DE MOLDE sin tachaduras, corrector y enmendaduras.
2. En el apartado de fecha que se tiene que escribir en el citado documento, **DEBERÁN DEJARLO EN BLANCO** pues es la fecha en que llegará la brigada de salud a cada Plantel Educativo y aún no nos la han confirmado.
3. En la parte de las autorizaciones, Señalar con una "X" la respuesta elegida por el tutor del menor. En el inciso c) Autoriza la aplicación de barniz o gel de flúor dental, **SI SU HIJO ES ALÉRGICO AL HUEVO O AL CACAHUATE NO SE LE PODRÁ APLICAR, POR LO QUE DEBERÁ SEÑALAR NO.**
4. El consentimiento informado, deberá ser llenado en su totalidad. 5. En el apartado "número de Seguridad Social", de no contar con el dato requerido deberá de colocar lo siguiente: "sin número de seguridad social".

CÉDULA DE CAPTURA PARA LA ESTRATEGIA "VIVE SALUDABLE"

1. El documento deberá ser llenado con **TINTA AZUL**, LETRA DE MOLDE, USAR SOLO MAYÚSCULAS, evitar en todo momento uso de corrector, tachaduras y enmendaduras.
2. Escribir los 18 caracteres de la CURP en mayúsculas, sin espacios ni errores.
3. Para la clave de la escuela asegúrate de escribir todos los caracteres correctos, sin omitir números o letras. La clave es 09DPR2285X.
4. En el apartado de fecha, SE DEBERÁ DEJAR EN BLANCO, ya que la fecha que se tiene que escribir es la fecha en que llegara la brigada de salud a cada Plantel Educativo y aún no la confirman.
5. Los 3 apartados que serán llenados son: datos de la alumna (o), datos de la escuela, datos de la madre, padre o tutor. En el ejemplo dice llenar hasta aquí.
6. La parte de peso y talla, agudeza visual y salud bucal DEBEN DEJARSE EN BLANCO ya que serán llenadas por personal de las Brigadas.

EJEMPLOS

CONSENTIMIENTO



Anexo 1. Consentimiento informado

Fecha _____ Nombre de la escuela República de Senegal
 Clave de la escuela (CCT) 09DPR2285X

Estimada madre, padre de familia y/o tutor:
 Como parte de los compromisos del Gobierno de México para garantizar que la escuela primaria en donde su hija o hijo estudia sea un espacio de prevención y cuidado de la salud, se hace de su conocimiento que la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) realizarán "Jornadas de Salud" en todas las escuelas primarias públicas del país.

Solicitamos atentamente su autorización para que su hija o hijo pueda participar.

a) ¿Autoriza la medición de peso y estatura? Sí No
 Para tomar el peso y la estatura de manera precisa se solicitará a su hija o hijo se retire zapatos, suéter, chaleco, chamarra, bufanda, así como gorros, peinados altos o adornos en la cabeza.

b) ¿Autoriza la revisión bucal? Sí No

c) ¿Autoriza la aplicación de barniz o gel de flúor dental? Sí No
 Si su hija o hijo es alérgico al huevo o al cacahuete NO se le podrá aplicar.

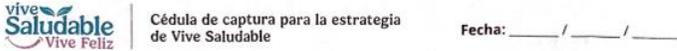
d) ¿Autoriza la revisión de la vista? Sí No

Favor de registrar los siguientes datos:

Nombre de su hijo o hija: Mónica Ruiz Pinal
 Edad 07 años Grado 2º Grupo A
 CURP de su hijo o hija RUPM180621MDF1LR02
 Número de Seguridad Social (en caso de ser derechohabiente del IMSS) Sin número de seguridad social
 Nombre y firma de quien autoriza Mónica Pinal Arco
 Correo electrónico de quien autoriza monicap23@gmail.com
 Número de celular de quien autoriza 55-46-70-43-91

Mensaje de confidencialidad: Todos los datos contenidos en este consentimiento informado serán protegidos conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y del interés superior de la niña y el niño. La información y resultados de las revisiones realizadas a su hija o hijo serán entregados únicamente a la madre, padre o tutor. La información generada será utilizada únicamente con fines estadísticos para conocer el estado de salud de la población escolar.

CÉDULA



Cédula de captura para la estrategia de Vive Saludable Fecha: ____/____/____

4 Instrucciones

1. Lee cuidadosamente antes de llenar. Completa el formato con letra clara y legible, sin tachaduras, utilizando pluma de tinta azul o negra.
2. Usa solo MAYÚSCULAS y sin espacios entre caracteres.
3. Evita confundir números y letras similares.
4. Escribe los 18 caracteres de la CURP en MAYÚSCULAS, sin espacios ni errores.
5. Para la clave de la escuela asegúrate de escribir todos los caracteres correctamente, sin omitir números y/o letras.

Datos de la alumna o alumno

Primer apellido: RUIZ Segundo apellido (opcional): PINAL Nombre(s): MÓNICA
 Clave Única de Registro de Población (CURP): RUPM180621MDF1LR02 Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes 06 Día 21 Grado: 2º Grupo: A

4 Datos de la escuela

Clave de la escuela: 09DPR2285X Nombre de la escuela: REPÚBLICA DE SENE GAL Turno: JORNADA AMPLIADA
 Entidad Federativa: CDMX Alcaldía o Municipio: COYOACÁN Localidad: INSURGENTES CUICUILCO

4 Datos de la madre, padre o tutor

Primer apellido: PINAL Segundo apellido (opcional): ARCO Nombre(s): MÓNICA
 Número de teléfono: 55-46-70-43-91 Correo electrónico: monicap23@gmail.com Relación con el menor: Madre, Padre Tutor

5 Peso y talla No se autorizó el llenado de la sección

5 Agudeza visual No se autorizó el llenado de la sección

5 Salud bucal No se autorizó el llenado de la sección

Enseña al menor la técnica de cepillado dental: Sí No Aplicación de barniz o gel de flúor: Sí No Presenta caries dental: Sí No





**Mamá, Papá:
¿Te interesa la salud de tu hija o hijo?
A nosotros también**

vive
Saludable
Vive Feliz

Recuerda: para que especialistas revisen la **salud de tu hija o hijo**, necesitas descargar y firmar el

Consentimiento informado

¡No olvides entregarlo a su maestra o maestro!



Vive saludable, vive feliz

Es la estrategia nacional impulsada por el Gobierno de México que tiene como propósito contribuir a garantizar el bienestar y la salud de las niñas y los niños de las escuelas del país, mediante acciones orientadas a la promoción de hábitos saludables.

JORNADAS DE LA SALUD

Durante la Jornada de salud escolar, brigadistas de la Autoridad Educativa Local, de la Secretaría de Salud, el IMSS y el DIF estatal tomarán medidas de peso y talla, revisarán la salud visual y bucal, harán el registro en línea, y se dará una

plática a las y los estudiantes para promover estilos de vida saludable.

PARA PODER PARTICIPAR en estas Jornadas es necesario que los padres de familia o tutores llenen 2 formatos:

- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- CÉDULA DE CAPTURA

Estos 2 documentos deberán ser llenados a mano con tinta azul de **FORMA OBLIGATORIA** por todos los alumnos y alumnas **AÚN CUANDO NO SE AUTORICE** la participación de sus hijos.

Los documentos deben **LLENARSE CON MUCHO CUIDADO** ya que **NO SERÁN ACEPTADOS** si tienen corrector, letras encimadas, manchados o con alguna alteración.



Anexo 1. Consentimiento informado

Fecha _____ Nombre de la escuela _____

Clave de la escuela (CCT) _____

Estimada madre, padre de familia y/o tutor:

Como parte de los compromisos del Gobierno de México para garantizar que la escuela primaria en donde su hija o hijo estudia sea un espacio de prevención y cuidado de la salud, se hace de su conocimiento que la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) realizarán "Jornadas de Salud" en todas las escuelas primarias públicas del país.

Solicitamos atentamente su autorización para que su hija o hijo pueda participar.

a) **¿Autoriza la medición de peso y estatura?** Sí _____ No _____

Para tomar el peso y la estatura de manera precisa se solicitará a su hija o hijo se retire zapatos, suéter, chaleco, chamarra, bufanda, así como gorros, peinados altos o adornos en la cabeza.

b) **¿Autoriza la revisión bucal?** Sí _____ No _____

c) **¿Autoriza la aplicación de barniz o gel de flúor dental?** Sí _____ No _____

Si su hija o hijo es alérgico al huevo o al cacahuete NO se le podrá aplicar.

d) **¿Autoriza la revisión de la vista?** Sí _____ No _____

Favor de registrar los siguientes datos:

Nombre de su hija o hijo: _____

Edad _____ años Grado _____ Grupo _____

CURP de su hija o hijo _____

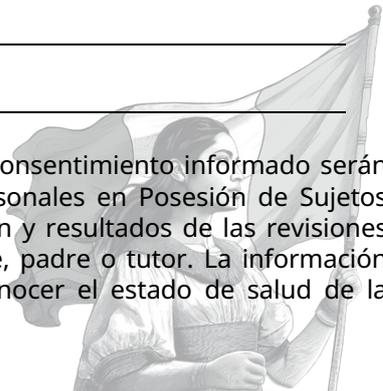
Número de Seguridad Social (en caso de ser derechohabiente del IMSS) _____

Nombre y firma de quien autoriza _____

Correo electrónico de quien autoriza _____

Número de celular de quien autoriza _____

Mensaje de confidencialidad: Todos los datos contenidos en este consentimiento informado serán protegidos conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y del interés superior de la niña y el niño. La información y resultados de las revisiones realizadas a su hija o hijo serán entregados únicamente a la madre, padre o tutor. La información generada será utilizada únicamente con fines estadísticos para conocer el estado de salud de la población escolar.



Instrucciones

1. Lee cuidadosamente antes de llenar. Completa el formato con letra clara y legible, sin tachaduras, utilizando pluma de tinta azul o negra.
2. Usa solo MAYÚSCULAS y sin espacios entre caracteres.
3. Evita confundir números y letras similares.
4. Escribe los **18 caracteres** de la CURP en MAYÚSCULAS, sin espacios ni errores.
5. Para la clave de la escuela asegúrate de escribir todos los caracteres correctamente, sin omitir números y/o letras.

Datos de la alumna o alumno

Primer apellido:	Segundo apellido (opcional):	Nombre(s):
<hr/>		
Clave Única de Registro de Población (CURP):	Sexo:	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Fecha de nacimiento:	Grado:	Grupo:
Año / Mes / Día		
<small>cuatro dígitos / dos dígitos / dos dígitos</small>		

Datos de la escuela

Clave de la escuela	Nombre de la escuela:	Turno:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entidad Federativa:	Alcaldía o Municipio:	Localidad:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos de la madre, padre o tutor

Primer apellido:	Segundo apellido (opcional):	Nombre(s):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono:	Correo electrónico:	Relación con el menor:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Madre, Padre <input type="radio"/> Tutor

Peso y talla

Peso:	Talla:	<input type="checkbox"/> No se autorizó el llenado de la sección
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> cm	

Agudeza visual

¿Usa lentes?:	Ojo izquierdo (selecciona solo una opción):	Ojo derecho (selecciona solo una opción):
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> 1. 20/200 <input type="radio"/> 5. 20/30 <input type="radio"/> 2. 20/100 <input type="radio"/> 6. 20/20 <input type="radio"/> 3. 20/70 <input type="radio"/> 7. 20/15 <input type="radio"/> 4. 20/50 <input type="radio"/> 8. 20/10	<input type="radio"/> 1. 20/200 <input type="radio"/> 5. 20/30 <input type="radio"/> 2. 20/100 <input type="radio"/> 6. 20/20 <input type="radio"/> 3. 20/70 <input type="radio"/> 7. 20/15 <input type="radio"/> 4. 20/50 <input type="radio"/> 8. 20/10

Salud bucal

Enseña al menor la técnica de cepillado dental:	Aplicación de barniz o gel de flúor:	Presenta caries dental:
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No