



## FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

NOMBRE DEL(A) ALUMNO (A):				
<i>Apellido paterno</i>		<i>Apellido materno</i>		<i>Nombre (s)</i>
FECHA DE NACIMIENTO:		<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
NOMBRE DEL PADRE :				
NOMBRE DE LA MADRE:				
TELÉFONOS:	<i>Casa</i>		<i>Casa</i>	
	<i>Celular padre</i>		<i>Trabajo padre</i>	
	<i>Celular madre</i>		<i>Trabajo madre</i>	
<b>CONTACTO EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES DE FAMILIA</b>				
NOMBRE DEL CONTACTO:				
<i>Casa</i>		<i>Celular</i>		
<b>SERVICIO MÉDICO QUE LO ATIENDE</b>				
IMSS ( ) ISSSTE ( ) PEMEX ( ) H. NAVAL ( ) S.S.A ( ) OTRO ESPECIFICAR _____				
TIPO DE SANGRE:				
MARCAR SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS:				
ASMA ( ) BRONQUITIS ( ) ALERGIAS ( ) OTRO PADECIMIENTO				
En el caso de alergias u otros padecimientos describir la sintomatología y el medicamento que se le administra:				