



## CÉDULA MÉDICA DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO:

|                  |                  |            |
|------------------|------------------|------------|
| _____            | _____            | _____      |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |

TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS, ALERGIAS O ENFERMEDAD CRÓNICA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE TOMA DE FORMA PERMANENTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IMPEDIMENTOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EN CASO DE ACCIDENTE O MALESTAR, INDICAR EL NOMBRE Y TELÉFONO DE LA PERSONA A QUIEN SE DEBE AVISAR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FAVOR DE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA, ES DE SUMA IMPORTANCIA PARA EL BIENESTAR DEL ALUMNO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

