



**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.**

**A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del alumno(a)

