



## Cédula Médica Del Alumno/Alumna

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/alumna

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

