

## 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 MALETSTAR, 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