# 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 AQUIEN SE DEBE AVISAR:

_____

_____

_____

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

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO (A) NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

UODDASEPTL01