



## 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 (A)

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

