



## 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

