



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



2026
año de
**Margarita
Maza**