



## 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**