



### 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

