



ALUMNOS INDIGENAS MATRICULADOS EN EL CONALEP

Nombre: _____ Matrícula: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Grupo: _____

Carrera: _____ Semestre: _____ Turno: _____

Calificación promedio hasta el semestre anterior _____

¿Pertenece a algún grupo Indígena?	SI	NO	¿Cuál?	
¿Hablas alguna lengua indígena?				
¿Habla tu papá alguna lengua indígena?				
¿Habla tu mamá alguna lengua indígena?				
¿Te sientes respetado en tu identidad indígena por las autoridades y alumnos del plantel?				

ENCUESTA SOBRE SALUD DEL ALUMNO

Nombre del alumno: _____ Matrícula: _____

Alergia	SI	NO	Cardiopatía	SI	NO	Epilepsia	SI	NO
¿A qué eres alérgico?								
Otra Enfermedad ¿Cuál?								
Tomas medicamento ¿Cuál?								
Factor Sanguíneo								

¿Qué institución te da servicios médicos?

Si presenta alguna discapacidad, ¿qué tipo de Discapacidad presenta?

Caminar o mover	SI	Mental	SI	Escuchar	SI
Hablar o comunicarse	SI	Autocuidado	SI	Ver	SI
Atención y Aprendizaje	SI				

A quien dirigirse en caso de emergencia:

Teléfonos: