



### 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**