



CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Nombre del Alumno (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre):

Semestre: _____ Grupo: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono de contacto 1: _____ Nombre: _____

Teléfono de contacto 2: _____ Nombre: _____

Teléfono de contacto 3: _____ Nombre: _____

Padecimientos, alergias o enfermedades crónicas:

Medicamentos que toma de manera permanente (cada cuanto o en caso de que):

Impedimentos:

Tipo de sangre: _____

*(Se requiere certificado médico de alguna Institución reconocida, Centro de Salud, Cruz Roja, IMSS, ISSEMyM, CHOPO, Polanco).

¿Cuenta con servicio médico? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

En caso de que el alumno requiera atención en caso de algún padecimiento, indique el procedimiento a seguir: _____

Además del seguro facultativo que proporciona el Plantel (IMSS), ¿Cuenta con algún otro servicio médico por parte de algún familiar? Sí _____ No _____ Padre _____ Madre _____ Otro _____ ¿Quién?

¿Qué institución?

IMSS _____ ISSSTE _____ ISSEMyM _____ ISFAM _____ Seguro Popular _____ Centro de Salud _____

Acepto y doy conformidad de que los datos proporcionados en la siguiente ficha son verídicos, los cuales habrán de ser utilizados en beneficio de la persona interesada.

Nombre y firma del Padre o Tutor