



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



## CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Plantel: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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):

\_\_\_\_\_

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 a causa 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. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Qué Institución?

IMSS \_\_\_ ISSSTE \_\_\_ ISSEMyM \_\_\_ ISFAM \_\_\_ Seguro Popular \_\_\_ Centro de Salud \_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Padre o Tutor