



CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLÓGICOS INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS N° 113 "FELIPE ÁNGELES"

FICHA MEDICA

NOMBRE COMPLETO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DOMICILIO: _____

TELÉFONO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

SISTEMA DE SALUD: _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

MÉDICO QUE LO ATIENDE: _____

TELÉFONO DE CONTACTO MEDICO EN CASO DE SER NECESARIO: _____

ESPECIFIQUE SU GRUPO SANGUÍNEO: _____

ES USTED ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO (ESPECIFIQUE): _____

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA (ESPECIFIQUE): _____

ESTA EN ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO QUE REQUIERA CUIDADOS EXTRAORDINARIOS: _____

CONSUME ALGÚN MEDICAMENTO PATOLÓGICO(INDIQUE CUAL Y EN QUE HORARIO): _____

INDIQUE SI HA TENIDO EMBARAZOS O ESTÁ EN ESTA ETAPA AHORA: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

NOTA: EN CASO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA MEDICA QUE INDIQUE SI NECESITA REVISIONES Y CITAS FRECUENTES Y SI TOMA ALGUN MEDICAMENTO CONTROLADO, INDICAR SUS EFECTOS SECUNDARIOS, DEBIDAMENTE FIRMADOS POR EL MISMO.