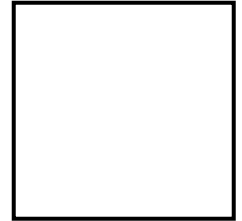




FICHA DE IDENTIFICACIÓN



ESTE INSTRUMENTO SERA UTILIZADO PARA CUALQUIER TIPO DE EMERGENCIA, POR LO TANTO, SE REQUIERE DE INFORMACIÓN VERAZ, SI DESCONOCES ALGUN DATO CONSULTALO CON TU PADRE O TUTOR

NOMBRE DEL ALUMNO		SEMESTRE	GRUPO	ESPECIALIDAD
CURP:	EDAD:	CORREO ELECTRONICO:		
DOMICILIO:		TELEFONO:		
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR		TELEFONO TRABAJO		
TEL CEL:	CORREO ELECTRONICO			
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: _____				
TEL. CASA:	TEL.CEL:	PARENTESCO:		
¿QUE INSTITUCIÓN TE BRINDA SERVICIO MEDICO: ISSSTE () IMSS () SEGURO POPULAR ()				
OTRO ESPECIFICAR:		N° AFILIACIÓN:		
TIPO DE SANGRE:	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI () NO () ¿CUÁL?			
¿PRESENTA ALGUNA CAPACIDAD DIFERENTE? SI () NO () ¿CUÁL?				
TRATAMIENTO: _____				