



FICHA DE IDENTIFICACIÓN ORIENTACIÓN EDUCATIVA

Este instrumento será utilizado para cualquier tipo de emergencia, por lo tanto, se requiere de información veraz, si desconoces algún dato consulta con tu Padre, Madre o Tutor

Fotografía

NOMBRE DEL ALUMNO:

SEMESTRE:

GRUPO:

No. DE CONTROL:

CURP:

EDAD:

DOMICILIO:

TELEFONO (S):

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

TEL. TRABAJO:

TELÉFONO(CELULAR/CASA):

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

PARENTESCO:

TELÉFONO CASA:

CELULAR:

¿QUÉ INSTITUCIÓN TE BRINDA SERVICIO MÉDICO? ISSSTE () IMSS() OTRO ()

No. CLINICA:

No. DE FILIACIÓN:

TIPO DE SANGRE: **¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI () NO () ¿CUÁL?**

¿ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD? SI () NO () ¿CUÁL?

TRATAMIENTO: