



Ficha Médica

FECHA: _____



Nombre del alumno:			
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Especialidad:		Semestre y grupo:	

Grupo sanguíneo: _____ Número de Seguridad Social (NSS): _____

Domicilio actual: _____

Calle

Núm.

Colonia o población

¿Con qué servicio de salud cuentas? ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ ISEMYM ☐ Otro ☐ Ninguno

¿Tienes un padecimiento médico diagnosticado? (Crónico, Crisis convulsivas, alergia) ☐ Si ☐ No

¿Cuál? _____

Síntomas _____

Tratamiento _____

¿Padeces diabetes? ☐ Si ☐ No Tratamiento _____

¿Padeces hipertensión? ☐ Si ☐ No Tratamiento _____

¿Realizas alguna actividad física? ☐ Si ☐ No ¿Cuál? _____

¿Desayunas o comes antes de venir a la escuela? ☐ Bien ☐ Regular ☐ No

Tienes alguna discapacidad: ☐ Si ☐ No ¿Cuál? _____

Nombre y firma del tutor: _____

Número telefónico del tutor: _____