

FICHA MÉDICA PARA EMERGENCIAS

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

CAD CBS CSH
DIVISIÓN

LICENCIATURA

MATRÍCULA

SEXO

DIA MES AÑO
FECHA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

DATOS MÉDICOS

PADECIMIENTO ACTUAL O ENFERMEDAD DE IMPORTANCIA

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

TRATAMIENTO MÉDICO

INGESTA DE MEDICAMENTOS (cuáles)

ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO

DATOS DE SERVICIO MÉDICO QUE LO ATIENDE

INSTITUCIÓN MÉDICA

HOSPITAL

NÚMERO SE SEGURIDAD SOCIAL

DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS

PARENTESCO

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

NOMBRE Y APELLIDOS

PARENTESCO

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

OBSERVACIONES: indique información médica que considere relevante y/o acciones médicas que se deberían realizar.

Declaro decir la verdad, la información anotada es actual y verídica.

NOTA: Esta información será estrictamente confidencial.

FIRMA DEL ALUMNO