



FICHA MÉDICA ESTUDIANTIL

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ESTUDIANTE (completos)		
NO AFILIACION:	NACIONALIDAD:	GÉNERO: F ___M___
DATOS REQUERIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa):	EDAD:	
DIRECCIÓN:		
CÓDIGO POSTAL:		
LOCALIDAD:		
TELÉFONO (CASA):		
CELULAR:		
CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS DE LA INSTITUCIÓN: ITESRC
- DIRECCIÓN: Carretera 57 Km 120, Barrio 7
CÓDIGO POSTAL: 26950
- LOCALIDAD: Agujita, Coahuila
- TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN: 861 6134032
- CORREO ELECTRÓNICO: tec@tec-carbonifera.edu.mx

PARA SEGURO DE VIAJE, EN CASO DE SER NECESARIO, AVISAR A PADRES O TUTORES:	
NOMBRE Y APELLIDO:	TELÉFONO: ()
Parentesco:	
NOMBRE Y APELLIDO:	TELÉFONO: ()
Parentesco:	

FICHA MÉDICA ESTUDIANTIL

GRUPO SANGUÍNEO:

TELÉFONO DE EMERGENCIAS:

¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS? En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario:

ASMA	()	DIABETES	()
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	()	EPILEPSIA	()
ENFERMEDADES CARDÍACAS	()	CONVULSIONES	()
ENFERMEDADES GÁSTRICAS	()	HERNIAS	()
HEPATITIS	()	CELIAQUISMO	()
ANEMIAS	()	DOLOR DE CABEZA SEVERO	()
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	()	PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS	()
HIPOTENSIÓN ARTERIAL	()	FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS	()

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO En caso afirmativo, especificar.

¿CUÁL?:

Nota: para el viaje deberá llevar receta médica con prescripción de la medicación necesaria e indicaciones de uso y administración.

¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL?

SÍ NO En caso afirmativo, especificar.

¿CUÁL?

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

Lugar y Fecha de Expedición: _____

Nombre, Firma y aclaración si la hay de
Madre / Padre/ Tutor