

DATOS DE SALUD

2016

Bachillerato del alumno _____ Turno _____ Semestre _____ Grupo _____

Enfermedades Padecidas _____

Medicamentos _____

Enfermedad Actual _____

Tratamiento _____

Alergias _____

Tipo Sanguíneo _____

Datos de Vacunación

Datos de Capacidades Diferentes

Nº de Cartilla _____

Nº de Afiliación _____

Tipo de Discapacidad _____

Vacuna

Dosis

Aparatos de Apoyo

Polio _____
Tripe Viral _____
Sarampión _____
BCG _____
Hepatitis _____

Otras ¿Cuáles?

- Muletas
- Bastón
- Silla de ruedas
- Zapato ortopédico
- Aparato para sordera
- Lentes (armazón o contactó) graduación
- Otro (especifique)

Capacidad diferente

- Zurdo
- Tartamudo
- Epiléptico
- Autista
- Otro (especifique)

Nº de seguro de vida

Ciclo _____

Ciclo _____

Ciclo _____

En caso de emergencia comunicase con: _____ Parentesco _____
Tel. _____

DATOS GENERALES DEL ALUMNO (A)

| | | | | | |
|------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|-------------|--|
| No. de Control | Fecha de Nacimiento | Edad | Lugar de Nacimiento | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) | | Sexo | |
| Calle y N° | Colonia | C.P. | Municipio | Estado | |
| Casa: _____ | Cel. _____ | | | | |
| Teléfonos _____ | | CURP _____ | Estado Civil _____ | Hijos _____ | |
| Escuela de procedencia | Tel. _____ | Clave de la SEP _____ | documentación _____ | | |

DATOS GENERALES DEL PAPÁ

| | | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|-----------------|--------|
| Nombre del Papá | Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | | |
| Calle y N° | Colonia | C.P. | Municipio | Estado |
| Casa: _____ | Cel. _____ | Otro _____ | | |
| Teléfonos _____ | | e-mail _____ | Ocupación _____ | |
| Compañía/Empresa | Puesto | Tel. oficina | Estado Civil | CURP |

DATOS GENERALES DE LA MAMÁ

| | | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|-----------------|--------|
| Nombre de la Mamá | Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | | |
| Calle y N° | Colonia | C.P. | Municipio | Estado |
| Casa: _____ | Cel. _____ | Otro _____ | | |
| Teléfonos _____ | | e-mail _____ | Ocupación _____ | |
| Compañía/Empresa | Puesto | Tel. oficina | Estado Civil | CURP |

DATOS GENERALES DEL TUTOR

| | | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|-----------------|--------|
| Nombre del Tutor | Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | | |
| Calle y N° | Colonia | C.P. | Municipio | Estado |
| Casa: _____ | Cel. _____ | Otro _____ | | |
| Teléfonos _____ | | e-mail _____ | Ocupación _____ | |
| Compañía/Empresa | Puesto | Tel. oficina | Estado Civil | CURP |