



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



**TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO**



FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

NO. DE CONTROL: _____

FECHA ACTUAL: _____

NOMBRE COMPLETO:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

CARRERA: _____

SEXO: _____

EDAD ACTUAL: _____

DIRECCIÓN DE PROCEDENCIA

En caso que rentes o vivas en una dirección diferente a la de procedencia favor de anotarla:

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____

RELIGIÓN: _____

TIPO DE SANGRE: (ejemplo: grupo "O" Rh: +)

PESO (kg) _____

ESTATURA (cm) _____

CUENTAS CON ALGUN SERVICIO MEDICO, DESCRIBELO POR FAVOR:

TELÉFONO PERSONAL:

CORREO PERSONAL:

TOMAS ALGUN MEDICAMENTO POR PRESCRIPCIÓN

SI _____ NO _____

NOMBRE(S) DE/LOS MEDICAMENTO(S)



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



**TECNOLÓGICO
NACIONAL DE MÉXICO**



SI TIENES ALGUNA DISCAPACIDAD, FAVOR DE
ANOTARLA:

SI TIENES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA, FAVOR DE
ANOTARLA:

CONTACTO PARA EMERGENCIAS:

PERSONA 1

NOMBRE COMPLETO:

PARENTESCO:

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

PERSONA 2

NOMBRE COMPLETO:

PARENTESCO:

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

PERSONA 3

NOMBRE COMPLETO:

PARENTESCO:

NÚMERO TELEFÓNICO: _____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE
