



**FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE (PAG. 1)**

NO. DE CONTROL: \_\_\_\_\_

FECHA ACTUAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

CARRERA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

EDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE PROCEDENCIA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TELEFONO PERSONAL:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CORREO PERSONAL:

TOMAS ALGUN MEDICAMENTO POR PRESCRIPCIÓN

SI\_\_\_ NO\_\_\_

NOMBRE(S) DE/LOS MEDICAMENTO(S)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE (PAG. 2)**

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**

---