



<b>NOMBRE COMPLETO:</b> _____			
_____			
<b>EDAD</b>		<b>SEXO</b>	
<b>GRADO</b>		<b>GRUPO</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b> _____			
_____			
<b>MUNICIPIO O CIUDAD</b>		<b>CONTACTO</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>TIPO DE SANGRE</b>	
<b>PESO</b>			
<b>1ERA OPCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:</b> _____			
_____			
<b>PARENTESCO</b>		<b>CONTACTO</b>	
<b>2DA OPCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:</b> _____			
_____			
<b>PARENTESCO</b>		<b>CONTACTO</b>	
<b>ALÉRGICO A:</b>			
<b>MEDICAMENTOS</b>		<b>ALIMENTOS</b>	
<b>OTROS</b>			

<b>PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA</b>			
<b>SI O NO</b>		<b>¿CUÁL?</b>	
<b>ESTA BAJO ALGÚN TRATAMIENTO DE RELEVANCIA: (DESCRIBA)</b>			
<b>TOMA ALGÚN MEDICAMENTO SI O NO</b>		<b>HORARIO EN QUE LO TOMA</b>	
<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>			
<b>TIENE ALGUNA DIFICULTAD O DISCAPACIDAD PARA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD (DESCRIBA) SIEMPRE Y CUANDO CUENTE CON UN DIAGNÓSTICO DE UN ESPECIALISTA (ANEXA COPIA DEL REPORTE MÉDICO)</b>			
<b>ALGUNA OBSERVACIÓN QUE DESEE AGREGAR</b>			
<b>CUENTA CON ALGUNA OPERACIÓN RECIENTE</b>		<b>MENCIONE HACE CUÁNTO TIEMPO</b>	
<b>ES IMPORTANTE AVISAR A TU MAESTRA SI SU SALUD PRESENTA ALGUNA MODIFICACIÓN , ENFERMEDAD, OPERACIÓN, DIAGNÓSTICO, ETC.</b>			
<b>NOTA: SI EXISTIRA ALGÚN TIPO DE OMISIÓN EN CUANTO A SU SALUD QUEDA BAJO SU RESPONSABILIDAD.</b>			
<b>EN EL INSTITUTO NO SE APLICAN MÉDICAMENTO POR INDICACIÓN DE SECRETARÍA</b>			

**LA INFORMACIÓN ARRIBA MENCIONADA ES POR SI SE PRESENTA ALGUNA SITUACIÓN DE SALUD QUE REQUIERA TRASLADO AL HOSPITAL Y EL PACIENTE NO PUEDA HABLAR, SE PROPORCIONARÁ LA INFORMACIÓN AL PARAMÉDICO.**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR SI LOS DATOS SON VERDADEROS**