

**INSTITUTO EXCÉLSIOR DE MONTERREY**  
**FICHA MÉDICA DE ALUMNOS**  
**CICLO ESCOLAR 2026-2027**

**LEA DETENIDAMENTE CADA APARTADO Y COMPLETE LOS DATOS CON INFORMACIÓN CLARA, VERÍDICA Y ACTUALIZADA.**

Nombre completo:

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| Edad  |  | Sexo  |  |
| Grado |  | Grupo |  |

Dirección:

|                     |  |                    |  |
|---------------------|--|--------------------|--|
| Municipio o Ciudad  |  | Correo electrónico |  |
| Fecha de nacimiento |  | Tipo de Sangre     |  |
| Peso                |  | Estatura           |  |

**EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:**

1era opción en caso de emergencia avisar a:

|            |  |          |  |
|------------|--|----------|--|
| Parentesco |  | Contacto |  |
|------------|--|----------|--|

2da opción en caso de emergencia avisar a:

|            |  |          |  |
|------------|--|----------|--|
| Parentesco |  | Contacto |  |
|------------|--|----------|--|

**ALÉRGICO A**

|                      |  |                |  |
|----------------------|--|----------------|--|
| Medicamentos         |  | Alimentos      |  |
| Picadura de Insectos |  | Otras alergias |  |

**PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA**

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| Si o no |  | ¿Cuál? |  |
|---------|--|--------|--|

**ESTA BAJO ALGÚN TRATAMIENTO DE RELEVANCIA: DESCRIBA**

|                        |  |                        |  |
|------------------------|--|------------------------|--|
|                        |  |                        |  |
|                        |  |                        |  |
| Toma algún medicamento |  | Horario en que lo toma |  |
| Nombre del medicamento |  |                        |  |

Tiene alguna dificultad o discapacidad para realizar alguna actividad (describa) siempre y cuando cuente con un diagnóstico de un especialista (anexe copia del reporte médico)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |
| Alguna observación que desee agregar                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |
| Cuenta con alguna operación reciente                                                                                                                                                                                                                                                |  | Mencione hace cuánto tiempo                                         |  |
| Es importante avisar a la maestra del alumno si su salud presenta alguna modificación, enfermedad, operación, diagnóstico, etc.                                                                                                                                                     |  |                                                                     |  |
| En caso de existir alguna omisión en cuanto a su salud queda bajo su responsabilidad. En el Instituto no se aplican medicamentos por indicación de Secretaría.                                                                                                                      |  |                                                                     |  |
| La información arriba mencionada será utilizada exclusivamente en caso de una situación de riesgo de salud, si el/la alumno(a) requiere traslado hospitalario y no puede comunicarse, estos datos se le proporcionarán directamente al paramédico o personal médico de emergencias. |  |                                                                     |  |
| <b>LEA LAS SIGUIENTES OPCIONES Y SELECCIONE CON UNA "X" EL TIPO DE PROTECCIÓN MÉDICA QUE UTILIZARÁ EL ALUMNO EN CASO DE UNA EMERGENCIA</b>                                                                                                                                          |  |                                                                     |  |
| <b>A. Seguro Escolar de Accidentes<br/>Proporcionado por el Instituto (solo contra accidente)</b>                                                                                                                                                                                   |  | <b>B. Seguro de Gastos Médicos Mayores<br/>(privado/particular)</b> |  |
| SEGUROS MONTERREY NEW YORK KIFE                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Favor de anotar el Hospital y el número de póliza                   |  |
| Christus Muguerza Sur                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                     |  |
| Hospital Oca                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                     |  |
| Doctor's Hospital<br>(Vista Hermosa)                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                     |  |
| En caso de una emergencia médica mayor y ante la imposibilidad de localizar de inmediato a los padres o tutores, autorizo al personal del Instituto Excelsior a coordinar con los paramédicos el traslado del alumno al hospital arriba mencionado.                                 |  |                                                                     |  |

**La información es por seguridad de los propios menores y será tratada como INFORMACIÓN SENSIBLE en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares**

---

**NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL**