



**FICHA DE REGISTRO SERVICIOS MEDICOS  
 SEMESTRE AGOSTO 2018/ENERO 2019**

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_  
 ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 (NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL)

**DATOS DEL ALUMNO**

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (S) \_\_\_\_\_  
 SEXO: MASCULINO  FEMENINO   
 FECHA DE NACIMIENTO: AÑO:  MES:  DIA:   
 CURP: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
 PADECES ALGUNA ENFERMEDAD: SI  NO   
 CUAL?: \_\_\_\_\_ CONTROL MEDICO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ ALERGIAS: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE O TUTOR**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_  
 HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
 CONTACTO DE EMERGENCIAS: \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_