

FOTOGRAFÍA

Instituto de Estudios Superiores "Isidro Fabela Alfaro" S.C.



FICHA MÉDICA

USO INTERNO

No. de CUENTA o CURP

GRADO / SEMESTRE

Datos del Alumno

Nombre _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Fecha de nacimiento Edad ____ / ____ Sexo ☐ M ☐ F
AA MM DD

Especifique lo siguiente

¿Padece de alguna enfermedad o alergia? SÍ ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE

¿Toma regularmente algún medicamento? SÍ ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE

OBSERVACIONES

Médico Particular

Nombre _____ Teléfono (s) _____
CONSULTORIO

Teléfono (s) _____
CELULAR LOCALIZADOR

Datos del Padre

Nombre _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Profesión u ocupación _____ Estado civil _____ Teléfono _____

Empresa donde labora _____
CARGO TELÉFONO EXTENSIÓN

DIRECCIÓN

Datos de la Madre

Nombre _____
Apellido paterno Apellido materno Nombres

Profesión u ocupación _____ Estado civil _____ Teléfono _____

Empresa donde labora _____
CARGO TELÉFONO EXTENSIÓN

DIRECCIÓN

De no localizar a los padres, llamar a: _____

AUTORIZÓ AL IESIF PARA QUE SELECCIONE AL MÉDICO O TRATAMIENTO ADECUADO, EN CASO DE NO LOCALIZAR A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS

Firma del padre / madre / tutor _____ ATLACOMULCO, MÉXICO A ____ DE ____ DE 200__