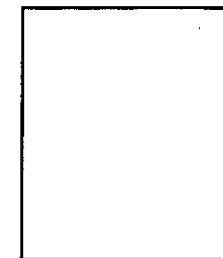




FICHA DE IDENTIFICACIÓN

ESTE INSTRUMENTO SERÁ UTILIZADO PARA CUALQUIER TIPO DE EMERGENCIA, POR LO TANTO SE REQUIERE QUE LA INFORMACIÓN SEA VERAZ, SI DESCONOCES ALGUN DATO, CONSULTALO CON TUS PADRES.



NOMBRE DEL ALUMNO (A): _____

SEMESTRE: _____ GRUPO: _____ ESPECIALIDAD: _____ GENERACIÓN: _____

CURP: _____ EDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

DOMICILIO: _____ TEL. CASA: _____ TEL. CELULAR: _____
Calle No. Colonia C. P.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON: _____ TEL: _____ PARENTESCO: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ Correo electrónico: _____

QUE INSTITUCIÓN MEDICA TE BRIENDA SERVICIO MEDICO?

ISSSTE () IMSS () ISSSTE CALI () SEGURO POPULAR () OTRO _____ No. DE AFILIACIÓN: _____

TIPO DE SANGRE: _____ PADECE UNA ENFERMEDAD SI () NO () CUAL: _____

¿PRESENTA ALGUNA CAPACIDAD DIFERENTE? SI () NO () ¿CUAL? _____

TRATAMIENTOS: _____ ALERGIA: _____