



DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Nombre completo:		
Fecha de nacimiento:	Grupo sanguíneo y RH (anexar copia del estudio de laboratorio):	
Sexo: Masculino () Femenino ()		
¿Sufres de alguna alergia medicamentosa?	Sí (), indicar los medicamentos a los que se tiene alergia: 1.- 2.- 3.- 4.-	No ()
¿Sufres de alguna alergia a alimentos?	Sí (), indicar a cuales alimentos: 1.- 2.- 3.- 4.-	No ()
¿Sufres alguna enfermedad? (ejemplo: asma, diabetes, cardiopatías, epilepsia, depresión, gastritis, etc.)	Sí (), indique cual: 1.- 2.- 3.- 4.-	No ()
¿Tomas algún medicamento de manera recurrente?	Sí (), escriba el medicamento y su dosis habitual: 1.- 2.- 3.- 4.-	No ()
En caso de una emergencia reportar a:	NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ DIRECCIÓN: _____ E-MAIL: _____	
Información adicional sobre su salud que considere de importancia		

Nombre completo y firma de quien proporciona la información

