



### DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Grupo sanguíneo y RH:

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

¿Sufres de alguna alergia medicamentosa?	Si ( ) Indicar los medicamentos: 1.- 2.- 3.-	No ( )
¿Sufres de alguna alergia a alimentos?	Si ( ) Indicar a cuáles alimentos: 1.- 2.- 3.-	No ( )
¿Sufres alguna enfermedad? (ejemplo: asma, diabetes, cardiopatías, epilepsia, depresión, etc.)	Si ( ) Indique cual: 1.- 2.- 3.-	No ( )
¿Tomas algún medicamento de manera recurrente?	Si ( ) Indique cual y dosis habitual: 1.- 2.- 3.-	No ( )
En caso de emergencia reportar a:	NOMBRE: PARENTESCO: TELÉFONO FIJO: TELÉFONO CELULAR: DIRECCIÓN: CORREO ELECTRÓNICO:	
Información adicional sobre su salud que considere de importancia:		

Nombre y firma de quien proporciona la información  
(Estudiante)



Número de registro: RPHL-072  
Fecha de emisión: 2017-04-10  
Término de la certificación: 2021-04-10.

Calzada Tecnológico No. 27, Col. Centro,  
C.P. 62780, Zacatepec, Morelos.  
Tel. (734) 3432110 y 3432111, Ext. 231,  
e-mail: se\_zacatepec@tecnm.mx  
tecnm.mx | zacatepec.tecnm.mx

