



FICHA MÉDICA.
ALUMNO (A).



Fecha: ____/____/____.

Nombre completo: _____, Edad: _____.

Carrera: _____ Semestre: _____.

Domicilio: _____.

Col. _____ Delegación/Municipio _____ C.P. _____.

Teléfono casa: _____, Celular: _____.

E-Mail: _____.

Fecha de nacimiento: ____/____/____, Sexo: Mas. [] Fem. [], Tipo de sangre: _____.

Nombre del Padre: _____, Teléfonos: _____.

Nombre de la Madre: _____, Teléfonos: _____.

¿Eres alérgico a algún medicamento o alimento? Si. ____ No. ____.

¿Cuál? _____.

¿Consumes algún fármaco por voluntad propia, sin prescripción médica? Si. ____ No. ____.

Especifique: _____.

¿Has padecido algo de lo que a continuación se menciona? Marca los que aplican:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión. | <input type="checkbox"/> Asma. | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Azúcar elevada en sangre). |
| <input type="checkbox"/> Rubéola. | <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón. | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia (Bajo nivel de azúcar en sangre) |
| <input type="checkbox"/> Paperas. | <input type="checkbox"/> Migraña | <input type="checkbox"/> Hipertensión. (Presión arterial elevada). |
| <input type="checkbox"/> Varicela. | <input type="checkbox"/> Anemia. | <input type="checkbox"/> Hipotensión (Presión arterial baja). |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardio/vascular. | <input type="checkbox"/> Úlceras. | <input type="checkbox"/> Depresión/ansiedad. |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis. | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> convulsiones. |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis. | <input type="checkbox"/> Enfermedades Hepáticas | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestino. |
| <input type="checkbox"/> Cáncer. | <input type="checkbox"/> Enfermedades auditivas | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Oftalmológicas | <input type="checkbox"/> Tétanos. | <input type="checkbox"/> Enfermedades crónico-degenerativas. |

¿Alguna Enfermedad actual que padezcas? _____

Tratamiento/Dosis. _____

¿Has sido sometido a alguna cirugía en los últimos seis meses? Si. _____ . No. _____ .

¿Cuál? _____

¿Has padecido alguna enfermedad en los últimos seis meses? Si. _____ . No. _____ .

¿Cuál? _____

¿Has sufrido algún accidente en los últimos seis meses? Si. _____ . No. _____ .

¿Cuál? _____

¿Utilizas lentes de armazón/contacto/ pupilentes? Si. _____ . No. _____ .

Especifique. _____

¿Fumas? Si. _____ . No. _____ . ¿Cuántos cigarros al día? _____

¿Consumes bebidas alcohólicas? Si. _____ . No. _____ . ¿Con qué frecuencia? _____

¿En caso de sufrir algún accidente o enfermedad a quién avisar?

Nombre _____ . Parentesco _____ . Tel: _____

Nombre _____ . Parentesco _____ . Tel: _____

Nombre _____ . Parentesco _____ . Tel: _____

Comentarios: _____

Nombre y firma.

AVISO DE PRIVACIDAD

La información aquí contenida, anexos y cualquier dato adjunto, es de carácter CONFIDENCIAL y de uso exclusivo del CECC Centro de Estudios en Ciencias de la Comunicación y está dirigido exclusivamente a su destinatario. La información contenida está protegida. Su utilización, divulgación, distribución y/o copia están prohibidas por la Ley. CECC hará valer en todo momento las acciones legales correspondientes derivadas de transgresiones a las disposiciones en la materia o por mal uso que se le diere a la información señalada.