

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

Alumno

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.