



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)

