





## DATOS MÉDICOS

Es importante la veracidad de los datos, tomando en cuenta que estos servirán para contactar al tutor responsable del alumno en caso de un accidente y/o emergencia

TIPO DE SANGRE: 

O+	A+	B+	AB+	O-	A-	B-	AB-
----	----	----	-----	----	----	----	-----

Coloca un tache sobre la opción

**A  
L  
E  
R  
G  
I  
A  
S**

<b>ALIMENTOS</b>	
<b>MEDICAMENTOS</b>	
<b>AMBIENTALES</b>	
<b>OTROS</b>	

PADECIMIENTOS CRÓNICOS Y/O ENFERMEDADES:

ADICCIONES:

<b>MEDICAMENTOS QUE TOMA PERMANENTEMENTE O POR UN PERIODO PROLONGADO:</b>	<b>EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS:</b>

<b>SITUACIÓN EN LA QUE REQUIERA SOPORTE O AYUDA</b>	
<p>USO DE ANTEOJOS, DISCAPACIDAD MOTRIZ, AUSENCIA DE ALGÚN MIEMBRO, CAPACIDAD DIFERENTE FÍSICA, PSICOLÓGICA Y/O EMOCIONAL QUE IMPIDA LLEVAR A CABO SUS ACTIVIDADES CON NORMALIDAD. DEBE SER MUY ESPECÍFICO EN SU RESPUESTA. EJEMPLO: SI USA LENTES, COLOCAR: "USO DE ANTEOJOS"</p>	

El tutor responsable del alumno, ante la institución, así como el alumno(a) declaran bajo protesta de decir verdad, que los datos aquí vertidos, son verídicos y actuales, sustentados con comprobantes médicos y/o psicológicos y/o de algún especialista en particular, con cédula profesional, por lo que es completa responsabilidad de quien firma la presente, de la omisión de información relevante que incida en la integridad del alumno, así como de la atención a los citatorios en los que sea llamado para tratar asuntos académicos y/o de conducta del alumno(a) matriculado(a) dentro de la institución.

Nombre completo y firma del tutor responsable del alumno(a)  
ante el CETis N° 53

Nombre completo y firma del alumno(a)

