



Ficha Médica



CUM: _____ Sección: _____
 Nombre: _____

En caso de emergencia comunicarse con:

1°Nombre: _____ 1°Parentesco: _____
 2°Nombre: _____ 2°Parentesco: _____
 Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ 1° e-mail: _____

Datos Médicos Generales

Tipo de sangre: _____ IMSS: _____ No. Afiliación: _____
 Peso: _____ ISSSTE: _____
 Estatura (m y cm): _____ ISSEMyM: _____
 ISSFAM: _____
 Particular: _____ Especifique: _____
 Otro: _____ Especifique: _____
 Ninguna: _____

Otros

Padece de pie plano	NO: _____	SI: _____	Usa zapato ortopédico	NO: _____	SI: _____
Operación reciente	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Tiene alguna limitación física	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Se ha realizado alguna Transfusión Sanguínea	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Tiene alguna alergia o reacción a medicamentos o alimentos	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Padece alguna enfermedad como DIABETES o HIPERTENSIÓN	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Actualmente está bajo tratamiento médico	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Tiene problemas para OÍR o VER	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Utiliza algún aparato auditivo, dental o prótesis	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Cuenta con alguna dieta especial	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Fuma, Toma o Consume droga(s)	NO: _____	SI: _____	Especifique:	_____	
Cuenta con el Esquema Nacional de vacunación completo	NO: _____	SI: _____			
En caso de ser Mujer, ¿Se encuentra embarazada?	NO: _____	SI: _____			
Nivel de natación:	No sabe nadar: _____	Básico: _____	Avanzado: _____		

 Firma y Nombre Padre o Tutor

 Firma y Nombre Titular