



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

SERVICIO MEDICO DIURNO FICHA DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado y grupo: _____

Dirección: _____

Derechohabiencia (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEGURO POPULAR): _____

Nombre del padre o tutor: _____ teléfono (1): _____

Teléfono (2): _____ teléfono casa: _____

*** Colocar el nombre y parentesco de quien conteste en dichos números.**

ANTECEDENTES MÉDICOS

Indicaciones de llenado: Favor de leer con detenimiento y contestar cada una de las preguntas sin dejar espacios vacíos. (En caso de que la respuesta sea negativa, colocar NO, NINGUNA).

Grupo sanguíneo: _____

Alergias (antibióticos, medicamentos, alimentos, animales, picaduras) cual: _____

Antecedentes de enfermedades e intervenciones quirúrgicas de importancia: _____

Padece alguna enfermedad crónica: SI _____ NO: _____ Cual: _____

Toma algún medicamento actualmente: SI _____ NO _____ Cual: _____

Dosificación: _____

Yo (nombre del padre o tutor): _____ Hago constar que he recibido información acerca de la atención que se brinda en el Servicio Médico, aceptando se le proporcione atención médica en caso de ser necesario a mi hijo, a pesar de ser menor de edad y yo no estar presente en el momento de su atención. Contando con la buena práctica profesional y con que se me mantendrá informado de cualquier acontecimiento.

NOMBRE Y FIRMA

NOTA: Esta información es de carácter confidencial y se empleará por parte del personal médico, para manejo y control de la salud del interesado; por lo tanto, es necesario que se proporcione la información completa y veraz.

De NO contar con firma de autorización, NO se podrá brindar atención al alumno

Documento Elaborado por: M.-C Nancy S. Cortes V. y L.E . Irma Resillas

