



SERVICIO MEDICO
PREPARATORIA NUMERO UNO, CUERNAVACA TURNO VESPERTINO



FICHA MÉDICA

FICHA DE IDENTIFICACION

Apellido Paterno, Materno, Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Grado y grupo: _____

Dirección: _____

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

Número de Afiliación: _____

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

Teléfono (2): _____ teléfono casa: _____

ANTECEDENTES MEDICOS

Grupo sanguíneo: _____

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

Antecedentes de enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas de importancia:

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

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

Dosificación: _____

Yo (nombre del padre/madre 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 hijx, 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.