

**CURSO ESCOLAR 2017-2018**

**DATOS ESTADÍSTICOS DEL ALUMNO DE NUEVO INGRESO**

**DATOS PERSONALES**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_  
**Licenciatura:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Correo:** \_\_\_\_\_ **Celular:** \_\_\_\_\_  
**Facebook o Twitter:** \_\_\_\_\_ **Tel casa:** \_\_\_\_\_

**DATOS MÉDICOS**

1. ¿Cuentas con algún tipo de seguridad social o servicio médico?	SI	NO	Especifique cuál:	
2. ¿Tienes problemas visuales?	SI	NO	Especifique cuál:	
3. ¿Tienes problemas auditivos?	SI	NO	Especifique cuál:	
4. ¿Tienes problemas motrices?	SI	NO	Especifique cuál:	
5. ¿Eres alérgico a algún medicamento?	SI	NO	Especifique cuál:	
6. ¿Tienes un tratamiento médico constante o permanente?	SI	NO	Especifique cuál:	
7. Si la respuesta anterior fue positiva por favor escribe el nombre de la enfermedad crónica junto con los medicamentos que te prescribió el médico.				

**URGENCIAS MÉDICAS**

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Nombre de la (s) personas a las que se le puede proporcionar información académica:

✓
✓

Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma de Autorización