FACULTAD DE CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS
Secretaría Administrativa
DEPARTAMENTO DE CONTROL ESCOLAR

CURSO ESCOLAR 2019-2020

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