



SERVICIO MÉDICO

Ficha de Identificación:

- Nombre: _____
- Edad: _____
- CURP: _____
- No.control: _____

Somatometría y grupo sanguíneo:

- Estatura: _____
- Peso: _____
- Grupo sanguíneo y Rh: _____

Antecedentes Personales:

• Alergias: Sí No ¿Cuáles? _____

• Enfermedad Crónica:

o Hipertensión Arterial: Sí No

Tratamiento: _____

o Diabetes Mellitus Sí No

Tratamiento: _____

o Otra: ¿Cuál? _____

Tratamiento: _____

• Discapacidad:

o Motora/física Sí No

o Intelectual Sí No

o Múltiple Sí No

o Auditiva:

▪ Hipoacusia Sí No

▪ Sordera Sí No

o Visual:

▪ Baja visión Sí No

▪ Ceguera Sí No

o Psicosocial Sí No

Seguridad Social:

• Número de Seguridad Social _____

• Vigencia de derechos Sí No

Declaro que lo asentado en este documento es verídico, y me comprometo a que, terminada la contingencia, traeré mi Certificado Médico.

Nombre y Firma

