



EXPEDIENTE MÉDICO ESCOLAR

Nombre completo:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Teléfono para en caso de emergencia:	

ANTECEDENTES

Se encuentra padeciendo:	SI	NO
Procesos inflamatorios o infecciosos:		
Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
Metabólicas (Diabetes):		
Cardiopatías congénitas:		
Asma:		
Cardiopatías infecciosas:		
Hernias:		
Alergias:		
Ha padecido en fecha reciente:		
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o luxaciones (60 días) indique zona afectada		
Ha tenido síntomas con coronavirus o usted o algún familiar Cuantos días han pasado en caso de ser afirmativa la respuesta		

Nombre del aspirante
