



FICHA MÉDICA

Para efectos de registro y bajo protesta de decir verdad, declaro los siguientes datos:

Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Domicilio _____ C.P. _____
Teléfono _____ Celular _____
Lugar de Origen _____ Nacionalidad _____
En caso de accidente avisar a _____
Parentesco _____ Teléfono _____ Celular _____
Padece alguna enfermedad Sí () No ()
Cuál(es) _____
Toma algún medicamento o está bajo algún tratamiento Sí () No ()
Cuál(es) _____
Es alérgico a algún medicamento y/o alimento Sí () No ()
Cuál(es) _____
Tiene servicio médico asistencial Sí () No () Dónde IMSS () ISSSTE ()
ISSSTEP () Otros _____
(Favor de anexar copia de su credencial de servicio médico en caso de tenerlo)
Se inscribe a _____
Leído el presente formato y enterado(a) de su contenido y consecuencias legales, se firma por duplicado en la Heroica Puebla de Zaragoza, a los _____ días del mes de _____ de _____, quedando el original en poder del Instituto y una copia en poder del interesado.

ATENTAMENTE

EL (LA) SOLICITANTE
NOMBRE Y FIRMA