



Gobierno  
de Michoacán  
HONESTIDAD Y TRABAJO

ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA N° 3  
"ALVARO OBREGÓN"  
MORELIA, MICHOACÁN

**CEDULA DE CONTROL MÉDICO**  
**DATOS PERSONALES**

NOMBRE DEL ALUMNO (A): \_\_\_\_\_  
GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
SERVICIO MÉDICO IMSS ( ) ISSSTE ( ) PETROLEOS ( ) OTROS \_\_\_\_\_

EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÙN MEDICAMENTO SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
ESPECIFIQUE CUÁL: \_\_\_\_\_

ESPECÍFIQUE SÍ PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES AL MOMENTO:

	SÍ	NO
ASMÁTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABÉTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBELMAS CARDIACOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS TIROIDEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS VISUALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS AUDITIVOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SÍ PADECE OTRA ENFERMEDAD, ESPECÍFIQUE CUÁL: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

INDICACIONES DE SUS MÉDICOS TRATANTES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Gobierno  
de Michoacán**  
HONESTIDAD Y TRABAJO

EN CASO DE QUE EL ALUMNO (A) REQUIERA ATENCIÓN A CAUSA DEL PADECIMIENTO, INDIQUE EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR: \_\_\_\_\_

EN CASO DE REQUERIR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO AL ALUMNO (A) POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO ESCOLAR, AUTORIZA: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿CÓMO CONSIDERA LA ALIMENTACIÓN DEL ALUMNO (A)?  
BUENA \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ MALA \_\_\_\_\_

¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA EL ALUMNO (A)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUÁL: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

¿EL ALUMNO PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA?: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**CASO DE INASISTENCIA AL PLANTEL EDUCATIVO POR ENFERMEDAD, FAVOR DE AVISAR AL SERVICIO MÉDICO EN UN LAPSO DE 24 HORAS.**

**SI SU HIJO (A) ESTÁ ENFERMO (A) NO LO ENVÍE A LA ESCUELA, EN CAMBIO LLÉVELO AL MÉDICO Y JUSTIFIQUE CON RECETA, CONSTANCIA O CERTIFICADO MÉDICO DE INSTITUCIÓN OFICIAL O PARTICULAR.**

PADRE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. PARTICULAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ NIVEL DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_

MADRE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TEL. PARTICULAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ NIVEL DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_



**Gobierno  
de Michoacán**  
HONESTIDAD Y TRABAJO

FAMILIARES CERCANOS MAYORES, AUTORIZADOS PARA EN CASO DE UNA NECESIDAD,  
COMUNICARNOS CON ELLOS:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE MADRE DE FAMILIA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE SERVICIO MÉDICO

MORELIA, MICH. A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 202 \_\_\_\_\_.