

EX-10 CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Reporte que genera el SIIES

CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México a _____ 2018

Escuela: SECUNDARIA TECNICA 86 C.C.T.: 09DST0086W

Nombre del Alumno: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Tipo de sangre: _____

Presentó examen médico el padre de familia o tutor: (si) (no)

El examen médico entregado a la escuela indica que está apto para realizar actividad física (si) (no)

Es alérgico a algún medicamento, alimento o bebida: (si) (no) a cuál: _____

El alumno presenta algún padecimiento crónico (si) (no)

Indique cuál: _____

El alumno toma algún medicamento prescrito por el médico (si) (no) en caso de contestar afirmativamente anexar copia de la receta por el médico tratante a esta la cédula.

Indique cuál: _____ Escriba a qué hora le es suministrada la primera toma del día antes del ingresó al plantel:

Número de dosis al día: _____

Horarios en los que se administra el medicamento: 6 hrs. () 8 hrs. () 12 hrs. ()

En caso de que el alumno requiera atención a causa del padecimiento, indique cuál es el procedimiento a seguir: _____

Si el alumno requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo a que sea trasladado para recibir dicha atención: (si) (no) a la institución (IMSS) (ISSSTE) (Secretaria de Salud).

Otro, describa cual: _____

Cabe señalar que los datos antes descritos son verdaderos y acepto de conformidad la información mencionada en la presente ficha.

En caso de emergencia marcar a los siguientes números telefónicos:

Casa _____

celular _____

oficina _____ otro _____

Nombre y firma del padre familia o tutor

La información proporcionada se considera confidencial de acuerdo a las normas del IFAI.