



COLEGIO MÉXICO

INCORPORADO A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE GUANAJUATO

EDUCACIÓN SECUNDARIA

C.C.T. 11PES0049T

CICLO ESCOLAR 2017-2018

RE-INGRESO: []

NUEVO INGRESO: []

GRADO: _____

GRUPO: _____

CLAVE DE COLEGIATURAS: _____

Acerca de el (la) Alumno (a)

NOMBRE DEL ALUMNO(A): _____

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD: _____ ESTADO: _____

NACIONALIDAD: _____

CORREO ELECTRÓNICO DE EL (LA) ALUMNO (A): _____

DOMICILIO PARTICULAR: (CALLE) _____ No EXTERIOR: _____ No. INTERIOR: _____

FRACCIONAMIENTO: _____ EDIFICIO: _____ No. _____

COLONIA: _____ ENTRE CALLES: _____ Y _____

CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

TEL (CASA): _____ TEL (CELULAR) _____ () PAPÁ () MAMÁ

Acerca de el Padre

¿VIVE? SÍ NO

NOMBRE DEL PADRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ OCUPACIÓN: _____

EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: _____ DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____ TELÉFONOS DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Acerca de la Madre

¿VIVE? SÍ NO

NOMBRE DE LA MADRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ OCUPACIÓN: _____

EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: _____ DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____ TELÉFONOS DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

A LA VUELTA

Tutor

(Contestar sólo que el (la) alumno (a) tenga tutor)

NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ OCUPACIÓN: _____

EMPRESA O LUGAR DE TRABAJO: _____ DOMICILIO DEL TRABAJO: _____

PUESTO QUE OCUPA: _____ TELÉFONOS DEL TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Otros Datos

NOMBRE DEL MÉDICO FAMILIAR: _____

TEL(S): DEL MÉDICO FAMILIAR : _____

HOSPITAL QUE PUEDE SER UTILIZADO EN EMERGENCIAS: _____

NOMBRE DE UN FAMILIAR: _____

TEL(S): DEL FAMILIAR: _____

PARENTESCO CON EL (LA) ALUMNO (A): _____

En caso de tener hermanos en este Colegio, favor de anotarlos

NOMBRE (S)	GRADO Y GRUPO	NIVEL EDUCATIVO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Este apartado lo deben contestar sólo los alumnos de NUEVO INGRESO:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA: _____

CIUDAD Y ESTADO DE LA REPÚBLICA EN LA QUE SE ENCUENTRA LA INSTITUCIÓN: _____

ESCOLARIDAD ANTERIOR O GRADO DE ESTUDIOS: _____

¿Por qué medio de comunicación se de esta INSTITUCIÓN EDUCATIVA? MARCAR con "X"

- () PERIÓDICO () TELÉFONO () PÁGINA WEB (INTERNET) () FACEBOOK
() ATENCIÓN PERSONAL () PROMOCIÓN EN LA ESCUELA DE SU HIJ@ () TRAYECTORIA DEL COLEGIO EN LA REGIÓN
() RECOMENDACIÓN _____ FAMILIAR _____ VECIN@ _____ COMPAÑER@ DE TRABAJO () OTRO(S): _____

¿Por qué tomo la decisión de inscribir a su hij@ en esta INSTITUCIÓN EDUCATIVA? _____

**** AL FIRMAR ESTA SOLICITUD EL PADRE DE FAMILIA Y/O TUTOR SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LA REGLAMENTACIÓN Y CUOTAS ESTABLECIDAS EN ESTA INSTITUCIÓN EDUCATIVA****

NOMBRE FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA Y/ O TUTOR

CELAYA, GTO., _____ **de** _____ **de** _____



COLEGIO MÉXICO

INCORPORADO A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE GUANAJUATO

EDUCACIÓN SECUNDARIA

C.C.T. 11PES0049T

CICLO ESCOLAR 2017-2018

Ficha Médica de el (la) Alumno (a)

NOMBRE (S): _____ GRADO: _____ GRUPO: _____

El alumno de referencia, cuenta con SEGURO DE GASTOS MEDICOS: () SÍ () NO

Con la finalidad de brindar una atención eficiente a su hijo(a) en su integridad física, le solicitamos de la manera más atenta, leer detenidamente la presente hoja y contestar con veracidad, cada uno de los siguientes apartados::

El (la) Alumno (a) de referencia actualmente se encuentra recibiendo atención: MÉDICA () PSICOLÓGICA ()

¿ Por qué motivo (s)?: _____

Tiene algún tipo de Tratamiento: _____

Requiere apoyo por parte de la Institución Educativa en alguna necesidad especial: () SÍ NO ()

Tipo de Apoyo: _____

MARCAR EL TIPO DE SANGRE DE EL (LA) ALUMNO (A):

O RH +	O RH-	A RH+	A RH-	B RH+	BRH-	AB RH+	AB RH-
--------	-------	-------	-------	-------	------	--------	--------

Indicaciones Médicas Importantes

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CÁNCER | <input type="checkbox"/> TUMORACIONES | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> OBESIDAD |
| <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA | <input type="checkbox"/> CARDIOPATÍAS |

ANTECEDENTES PERSONALES:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN | <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> PAPERAS |
| <input type="checkbox"/> PALUDISMO | <input type="checkbox"/> TIFOIDEA | <input type="checkbox"/> TOSFERINA | <input type="checkbox"/> OTITIS |
| <input type="checkbox"/> PARASITOSIS | <input type="checkbox"/> NEUMONIA | <input type="checkbox"/> ARTRITIS | <input type="checkbox"/> POLIOMELITIS |
| <input type="checkbox"/> CRISIS CONVULSIVAS | | | |

OTROS:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: _____

TRAUMATISMOS: _____

ALERGIAS:

MEDICAMENTOS: _____

ALIMENTOS: _____

PLANTAS: _____

SITUACIÓN MÉDICA ACTUAL:

PADECIMIENTOS: _____

TRATAMIENTO MÉDICO: _____

CONTROL PREVENTIVO: _____

MEDICAMENTOS QUE NO DEBEN ADMINISTRARSE EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O TUTOR: _____

