



ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA N° 6

CLAVE. 20DST0086S

Boulevard Eduardo Vasconcelos n°300

Tel.:5155424 Oaxaca de Juárez, Oax.

CICLO ESCOLAR 2025-2026

FICHA DE IDENTIFICACION SERVICIO MEDICO



FOTOGRAFIA

TAMAÑO

INFANTIL

GRADO: _____ GRUPO: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/ TUTOR: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

¿EL ALUMNO CUENTA CON SERVICIO DE SALUD PUBLICO? SI: _____ NO: _____

SI EL ALUMNO ES DERECHOHABIENTE A UNA INSTITUCION DE SALUD PUBLICA INDIQUE A CUAL: _____

Y NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

TIPO SANGUINEO: _____ ALERGIAS: _____

EN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTE LLAMAR A:

Nombre del primer responsable: _____

Teléfono: _____

Nombre del segundo responsable: _____

Teléfono: _____

Nota: Esta hoja deberá venir pegada al frente de una carpeta amarilla tamaño carta, la cual en su interior debe contener la siguiente documentación:

- 1) carta de autorización medica
- 2) historia clínica elaborada por un medico
- 3) copia certificado médico no mayor a 30 días
- 4) copia de comprobante sanguíneo (únicamente en caso de que el certificado no lo traiga escrito)
- 5).-copia del carnet del derechohabiente (imss, issste, sedeña, seg.popular, etc.)
- 6) en caso de padecer alguna enfermedad importante resumen clínico de su médico tratante
- 7) copia de la credencial de elector del responsable

Fecha de recepción _____

Observaciones: