

Semestre y Grupo



Escuela de Bachilleres Artículo Tercero Constitucional Vespertina

Periodo 2025-2026

Valoración del estado de salud

Nombre del
alumno

Apellido Paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Celular:

Correo electrónico:

Nombre del padre o tutor*

Domicilio*

* Celular

*Teléfono casa

* Teléfono en trabajo

*Estos datos son para utilizar solo en caso de urgencia

DATOS GENERALES DEL ALUMNO

Peso	Kg.		Tiene algún tratamiento de control
Talla	cm. de estatura		
Usa lentes			
OTROS			Es alérgico Si No
			¿A qué?

Numero de filiación al IMSS o ISSSTE

ENFERMEDADES QUE PADECE

Nombre y firma del padre o tutor