



Colegio Mundial de Puebla A.C.
Ficha de salud de alumnos 2026-2027

Foto del
alumno
(fondo
blanco)

Datos del alumno:

Grado: Insert Sección: Insert text here Fecha de nacimiento: Insert text here

Nombre: Insert text here

Domicilio: Insert text here

Contactos de emergencia:

Nombre y celular de la madre: Insert text here

Nombre y celular del padre: Insert text here

Teléfono de casa: Insert text here

Contacto adicional: Insert text here

Teléfono: Insert text Parentesco: Insert text

Contacto adicional: Insert text here

Teléfono: Insert text Parentesco: Insert text

Contacto adicional: Insert text here

Teléfono: Insert text Parentesco: Insert text

Antecedentes de salud:

Asma bronquial No (X) Si (X) Transfusiones de sangre No (X) Si (X) Fracturas No (X) Si (X) Diabetes No (X) Si (X)

Cirugías No (X) Si (X) Especifique las cirugías: Insert text here

Alergias No (X) Si (X) Especifique las alergias: Insert text here

Otros (Especifique): Insert text here

Tipo de sangre: Insert text ¿Tiene completo el cuadro de vacunación? Insert text here

¿Padece alguna enfermedad de los siguientes rubros?

Sistema circulatorio No (X) Si (X) Sistema endócrino No (X) Si (X) Tipo neurológico No (X) Si (X)

Sistema óseo No (X) Si (X) Sistema digestivo No (X) Si (X) Tipo psicológico No (X) Si (X)

Sistema urinario No (X) Si (X) Sistema respiratorio No (X) Si (X) Tipo psiquiátrico No (X) Si (X)

Si tiene alguna de las enfermedades anteriores u otra, especifique: Insert text here

Enfermedad: Insert text here

¿Desde cuándo la padece? Insert text here

Tratamiento actual: Insert text here

Datos del médico que atiende al alumno en forma particular:

Nombre: Insert text here Teléfonos: Insert text here

¿Es atendido en una institución (IMSS, ISSSTE, ISSSTEP, SSA, etc.)? No (X) Si (X) ¿Cuál? Insert text here

Proporciona la información:

Nombre del padre, madre o tutor: Insert text here

1. He leído y acepto los términos y condiciones del Aviso de Privacidad, el cual se encuentra disponible en www.colegiomundialdepuebla.edu.mx y en las instalaciones del Colegio, ubicado en la 32 Pte. 2502 Las Cuartillas, Puebla, Pue. C.P. 72050.
 2. En caso de modificar los números de contacto, seguiré el procedimiento indicado en el aviso de privacidad.
 3. Declaro bajo protesta de decir verdad, que todos los datos aquí asentados son verídicos. Manifiesto que no he falseado ni omitido dato alguno e información que comprometa el estado de salud del alumno y comprendo que este documento tiene implicaciones legales.
 4. Me comprometo a acatar todas y cada una de las medidas de seguridad y protocolos establecidos con la finalidad de preservar la seguridad de la comunidad escolar.
- Fecha y firma del padre o tutor: