|  |
| --- |
|  |

FECHA ACTUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NO. DE CONTROL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARRERA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO:  APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) | |
|  |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | RELIGIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INGRESO TOTAL MENSUAL (Aproximado)  $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE SANGRE: (EJEMPLO: GRUPO “O” RH: +) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿CUANTAS PERSONAS DEPENDEN DEL INGRESO? \_\_\_\_\_\_ | CORREO PERSONAL: |
| TELEFONO PERSONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DIRECCIÓN DE PROCEDENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  calle y número colonia código postal ciudad entidad federativa  EN CASO DE QUE RENTES O VIVAS EN UNA DIRECCIÓN DIFERENTE A LA DE PROCEDENCIA FAVOR DE ANOTARLA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| CUENTAS CON ALGÚN SERVICIO MÉDICO, DESCRIBELO POR FAVOR:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| TOMAS ALGÚN MEDICAMENTO POR PRESCRIPCIÓN SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_  NOMBRE(S) DE/LOS MEDICAMENTO(S) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO, ALIMENTOS, OTROS.  ESPECIFIQUE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

¿TIENE ALGUNA BARRERA IMPORTANTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS, CULTURALES, DESEMPEÑO ESCOLAR POR UN PROBLEMA DE SALUD FÍSICA, MENTAL O UNA DISCAPACIDAD?

SI NO

EN CASO DE PRESENTAR UNA BARRERA, SEÑALE CON UNA X:

**D. APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DE **

**CONOCIMIENTOS**

**E. MOTRIZ** ****

**F. PSICOSOCIAL**  

1. **VISUAL**

LEVE  MODERADO ALTO

1. **AUDITIVA**

LEVE  MODERADO ALTO

1. **COMUNICACIÓN **

¿TIENE ALGÚN PADECIMIENTO DE SALUD CRÓNICO?

SI NO

EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS, SEÑALE CON UNA X

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ASMA, BRONQUITIS CRÓNICA O ALERGIAS** |  |
| **2. ENFERMEDAD DEL CORAZÓN** |  |
| **3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL** |  |
| **4. DIABETES** |  |
| **5. CÁNCER** |  |
| **6. MIGRAÑAS O DOLORES DE CABEZA FRECUENTES** |  |
| **7. EPILEPSIA** |  |
| **8. ANSIEDAD** |  |
| **9. DEPRESIÓN** |  |
| **10. LESIÓN PERMANENTE CAUSADA POR UN ACCIDENTE** |  |
| **11. OTRA ENFERMEDAD MENTAL, ESPECIFIQUE** |  |
| **12. OTRA ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA, ESPECIFIQUE** |  |

**CONTACTO PARA EMERGENCIAS:**

PERSONA 1

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONA 2

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL ESTUDIANTE