



EX-10. CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Ciudad de México, ____ de ____ de ____

Escuela: ESCUELA SECUNDARIA TÉCNICA N° 66 C.C.T.: 09DST0066I

Nombre de la o el Estudiante: _____

CURP: _____ Grado: _____ Grupo: _____

¿Presentó examen médico la madre, padre de familia, persona tutora o el estudiante adulto? (si) (no) Tipo Sangre: _____

¿La o el Estudiante presenta algún padecimiento crónico? (si) (no)

¿Alérgico a algún medicamento? (si) (no) Indique cuál: _____

¿El estudiante presenta algún padecimiento crónico? (si) (no) Indique cuál: _____

¿El estudiante toma algún medicamento prescrito por el médico? (si) (no)

En caso de contestar afirmativamente anexar copia de la receta por el médico tratante al presente.

Indique cuál: _____

Escriba a qué hora es suministrada la primera toma del día antes del ingreso al plantel: _____

Número de dosis al día: _____

Horas programadas para la administración de dosis de medicamentos:

4 hrs. () 6 hrs. () 8 hrs. () 12 hrs. () 24 hrs.

En caso de que la o el estudiante requiera atención a causa del padecimiento, indique el procedimiento a seguir:

En situación de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos: () _____ y () _____

Si la o el estudiante requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo que sea trasladado para recibir dicha atención: (si) (no) a la institución (IMSS) (ISSSTE) (Secretaría de Salud) (Seguro Popular) (Otro) Describa cual: _____

Yo madre, padre de familia, persona tutora, o en su caso estudiante adulto, estoy de acuerdo en proporcionar información médica de mi hijo(a), pupilo(a) o como estudiante adulto: (si) (no)

Lo anterior, implica mi aceptación de las consecuencias derivadas de la decisión que libre y responsablemente adopto para el desarrollo educativo y personal de mi menor hijo(a) o pupilo(a), deslindando por ello de toda responsabilidad al plantel y autoridades educativas. Manifiesto lo anterior aceptando las condiciones físicas, psicológicas y pedagógicas de ella o él.

Acepto de conformidad la información mencionada en la presente cédula

Nombre y firma de la madre, padre de familia, persona tutora o estudiante adulto

Leyenda de Protección de Datos Personales: La AEFCM trata los datos personales conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (DOF 20/03/2025), únicamente para fines académicos y administrativos. Consulta aviso de privacidad integral: <https://www.aefcm.gob.mx/proteccion-datos-personales/DGPPEE/>