



**FORMATO DE REFRENDO
FEBRERO - JULIO 2025
PARA ALUMNOS DE 2°, 4° Y 6° SEMESTRE**

Especialidad: _____ **Semestre y Grupo:** _____ **Turno:**

M	V
---	---

Alumno(a):

--	--	--

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Número de control: _____

DATOS DE SALUD DEL ALUMNO (A)

Tipo de sangre: _____ Peso: _____ Estatura: _____

¿Cuentas con algún servicio médico?

Sí	No
----	----

 ¿Cuál?

IMSS	ISSSTE	Otro
------	--------	------

¿Padeces alguna enfermedad crónica?

Sí	No
----	----

 ¿Cuál?

--

¿Utilizas lentes?

Sí	No
----	----

¿Padeces alguna alergia?

Sí	No
----	----

 ¿Cuál?

--

¿Padeces problemas de salud mental?

Sí	No
----	----

 ¿Cuál?

--

¿Tienes hijos?

Sí	No
----	----

 Embarazo en curso

Sí	No	No aplica
----	----	-----------

Estado civil Soltero Casado ¿Pertenece a la comunidad LGBTIQ+?

Sí	No
----	----

--	--	--

Teléfono de alumno
Teléfono madre
Teléfono padre

		Ocupación
Nombre	Padre	
	Madre	
	Tutor	

Nombre completo del beneficiario del seguro de vida: _____

Nombre y firma del alumno

Nombre y firma del padre o tutor