



EX-10. CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, de agosto de 2025.

Escuela: MARTÍN LUIS GUZMÁN C.C.T: 09DES0093N

Nombre del Alumno(a): Grado: Grupo:

¿Presentó examen médico la madre, padre de familia o tutor?: (si) (no) Tipo de Sangre:

¿El examen médico entregado a la escuela indica que está apto para realizar actividad física? (si) (no)

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

¿El alumno(a) presenta algún padecimiento crónico? (si) (no) Indique cuál:

¿El alumno(a) 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 el alumno(a) requiera atención a causa del padecimiento, indique el procedimiento a seguir:

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

Si el alumno requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo a 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 o tutor, estoy de acuerdo en proporcionar la información médica de mi hijo(a) pupilo(a): (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 mi hijo.

Acepto de conformidad la información mencionada en la presente cédula

Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

