

CEDULA DE EMERGENCIA
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO
COMITÉ DE SALUD Y EMERGENCIA ESCOLAR
CICLO ESCOLAR 2025-2026
ESCUELA SECUNDARIA No. 117 "GABRIELA MISTRAL" C.C.T 09DES0117G

fotografía

GRADO _____ **GRUPO** _____

SR. PADRE DE FAMILIA O TUTOR:

El Comité de Salud y Seguridad Escolar de esta escuela, como parte del diagnóstico de necesidades de la comunidad escolar del plantel, lo invita a que proporcione la siguiente información que tiene por objeto atender de manera inmediata a su hijo(a) en caso de alguna emergencia.

I. DATOS DEL ALUMNO (A)

1.- Nombre completo:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
------------------	------------------	-----------

2.- Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3.- Entidad Federativa de Nacimiento: _____

4.- CURP: _____ Escuela de procedencia: _____

5.- Hermanos en la escuela SI () NO () en que grados: _____

6.- Domicilio: _____

CALLE _____ NUM. _____

COLONIA	DELEGACIÓN	C. P.
---------	------------	-------

7.- Con cuantas personas vives incluyéndote _____ Con quien vives PADRE () MADRE ()

OTROS () ESPECIFIQUE _____

8.- Nombre del Padre, Madre o Tutor responsable del menor: (persona que atenderá asuntos académicos y de conducta del alumno (a)

NOMBRE COMPLETO	FIRMA
-----------------	-------

II. DATOS DE LOS PADRES O TUTOR

1.- Nombre del Padre o Tutor: _____ Ocupación: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Cel.: _____

2.- Nombre de la Madre o Tutora: _____ Ocupación: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Cel.: _____

3.- Nombre de algún familiar o vecino de confianza: _____

Tel. Particular: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Cel.: _____

4.- Correo electrónico del padre, madre o tutor _____

III. DATOS DE SALUD

1.- Peso: _____ Talla: _____ Tipo de sangre: _____

2.- Padece su hijo(a) alguna enfermedad: SI () NO () ¿Cuál? _____

3.- En caso de que su hijo(a) presente una crisis con esta enfermedad dentro de la escuela, ¿qué debe hacer el maestro para controlarla?

4.- Presentó certificado médico vigente: SI () NO () Fecha: _____

De institución oficial (Cual): _____ Particular: _____

Observaciones del Certificado Medico _____

- 5.- ¿En el certificado médico se menciona si su hijo(a) padece alguna enfermedad? SI () NO ()
 SI SU HIJO(A) TIENE ALGUNA ENFERMEDAD Y NO SE MENCIONA EN EL CERTIFICADO MEDICO, LE PEDIMOS QUE TRAMITE UNO NUEVO PARA EL BIENESTAR Y SALUD DE SU HIJO(A).
- 6.- ¿Últimamente ha presentado algún tipo de alergia? SI () NO () ¿Cuál? _____
- 7.- Mencione que medicamento toma para las alergias _____
- 8.- ¿Lo han intervenido quirúrgicamente alguna vez? SI () NO () Fecha _____
- 9.- Mencione de que lo han operado _____
- 10.- ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? SI () NO () Fecha _____
- 11.- ¿Padece o ha presentado convulsiones alguna vez? SI () NO () Fecha _____
- 12.- ¿Presenta hemorragias nasales con facilidad? SI () NO () Fecha _____
- 13.- ¿Últimamente ha padecido alguna enfermedad con mayor frecuencia? SI () NO ()
- 14.- Mencione que enfermedad _____ Fecha _____
- 15.- Algún comentario o sugerencia que desee agregar: _____

IV. EN CASO DE ACCIDENTES

1.- En caso de que su hijo (a) sufra algún accidente dentro de la escuela nos comunicaremos de forma inmediata con ustedes a los teléfonos proporcionados en la Cédula

2.- Anote El nombre de la Institución de salud, que le presta servicio médico a su hijo(a) así como el número de carnet, folio o expediente.

3.- ¿Lo atiende algún médico particular? SI () NO () Anote el nombre del doctor, su teléfono y su número de cédula profesional.

4.- Para poder actuar de manera rápida y eficiente en caso de sufrir un accidente dentro del plantel, y si fuera necesario trasladarlo a un hospital cercano, siempre y cuando se encuentre en condiciones favorables y se pueda movilizar, le solicitamos autorice al personal médico o docente a llevar a cabo dicha acción. La escuela se compromete a comunicarle de inmediato para que usted se traslade al lugar donde sea atendido su hijo(a).

SI AUTORIZO ()

NO AUTORIZO ()

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

5.- En caso de no estar de acuerdo con el punto anterior y no autorizarlo, por favor anote en las líneas de abajo lo que Ud. Desea que se haga. Le recordamos que las escuelas oficiales de educación básica, a excepción de C.E.N.D.I. y Secundarias (en nuestra secundaria sólo 14 horas a la semana) no cuentan con servicio médico y tampoco con seguro de vida que cubra gastos en caso de accidente.

6.- OBSERVACIONES: Si existe alguna observación, anotarla y poner el nombre y firma de quien la realiza (director, maestro de grupo, maestro de educación física, padre de familia, etc.)

PADRE, MADRE O TUTOR

 NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PADRE, MADRE DE FAMILIA O TUTOR

TRABAJADORA SOCIAL

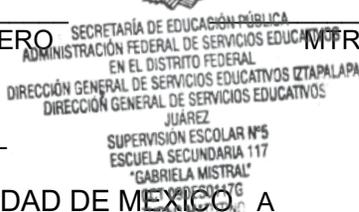
EL DIRECTOR DE LA ESCUELA



T.S. MARINA ROSA CRUZ GUERRERO

TUTOR. SERGIO ALBERTO ZURIAIN ESPINOSA

MAESTRO TUTOR DE GRUPO



CIUDAD DE MEXICO A _____ DE _____ DE _____.