



REGISTRO DE REVISIONES

[illegible]

Dueño del proceso:	Recursos Humanos	Aprobador (es):	Gerente Administrativo
--------------------	------------------	-----------------	------------------------



EXPEDIENTE MEDICO

NOMBRE: _____ SEXO: M F EDAD: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (S) (años)

DOMICILIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ GRUPO/RH: _____
Calle No. Ext. No. Int. Col/Localidad Municipio CP
Día Mes Año

DERECHOHABIENTE AL: IMSS _____ ISSSTE _____ ISSEMYM _____ OTRO _____ NINGUNO _____
(EN CASO DE SER MENOR DE 18 AÑOS PONER EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR)

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (S)

SIGNOS VITALES: FC _____ FR _____ T/A _____ PESO _____ TALLA _____

ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS: SI _____ NO _____ INFECTOCONTAGIOSAS: SI _____ NO _____

SARAMPIÓN _____ RUBÉOLA _____ VARICELA _____ HEPATITIS _____ ESCARLATINA _____ OTRAS _____

CIRUGIAS: SI _____ NO _____

ALERGIAS: SI _____ NO _____

TRANSFUCIONES: SI _____ NO _____

ENFERMEDADES ACTUALES DE IMPORTANCIA: _____

MEDICACIÓN ACTUAL: _____

PERSONA A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIAS _____

TELEFONO _____