

|  |
| --- |
| **Sistema de Registro Médico**  |

|  |
| --- |
| **CURP:**  |
| **Nombres(s)** |  |
| **Apellido paterno** |  |
| **Apellido materno** |  |
| **Género:**  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Domicilio actual** |  |
| **Calle** |  |
| **Número:**  | **Colonia y ciudad** |  |
| **Código postal:**  | **Correo-e:**  | **Móvil:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Peso actual**  | **Estatura**  | **Grupo sanguíneo (A) (B) (AB) (O)** |
| **Factor RH (+) (-)** |  |  |
| **NSS IMSS:**  | **UMF (Clínica IMSS):**  | **\*IMC:**  |
| **¿Usas lentes de armazón o de contacto?** | **Sí ( ) No ( )** |
| **¿Padeces alguna enfermedad crónica?** | **Sí ( ) No ( )** |
| **¿Actualmente tomas algún medicamento de forma permanente?** | **Sí ( ) No ( )** |
| **¿Eres alérgico (a) a algún medicamento o alimento?** | **Sí ( ) No ( )** |
| **En caso de una emergencia médica, avisar a:** |
| **Nombre del padre :**  | **Teléfono:**  |
| **Nombre de la madre:**  | **Teléfono:**  |
| **Dirección:**  |

**\*Índice de masa corporal = Peso/(estatura)2; ejemplo : 78 kg/(1.76 m)2**