

|  |
| --- |
| **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**