

**SUBSECRETARIA DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR  
DIRECCION GENERAL DE EDUCACION TECNOLOGICA AGROPECUARIA  
CENTRO DE BACHILLERATO TECNOLOGICO AGROPECUARIO N° 12**

**HOJA DE DATOS DEL ALUMNO**

**GENERACION** 2017/2020

**No. De ficha:** \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DIA    MES    AÑO

CURP: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_  
COLONIA                      CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_ MUNICIPIO                      ENTIDAD FEDERATIVA                      TELEFONO                      CELULAR

ESCUELA SECUNDARIA DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

PROMEDIO GENERAL: \_\_\_\_\_ CONDUCTA : \_\_\_\_\_

MARQUE CON UNA X LA CARRERA QUE SOLICITA :

AGROPECUARIO ( )                      OFIMATICA ( )                      CONTABILIDAD ( )

ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS ( )                      REHABILITACION AMBIENTAL ( )

**DATOS DE LOS PADRES**

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCION TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DELA MADRE O TUTOR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCION TRABAJO: \_\_\_\_\_

TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MEDICOS

INSTITUCION DE SALUD A LA QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_

MARQUE CON UNA X SI HA PRESENTADO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

TABAQUISMO ( ) ALCOHOLISMO ( ) SARAMPION ( ) VARICELA ( ) PAPERAS ( )

TOSFERINA ( ) ESCARLANTINA ( ) RUBEOLA ( ) TUBERCULOSIS ( ) CONVULSIONES ( )

OTRAS (ESPECIFIQUE):

HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRURGICAS \_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL ADOLESCENTE ESTA COMPLETO \_\_\_\_ INCOMPLETO \_\_\_\_

ALERGIAS : \_\_\_\_\_ ¿CUALES? \_\_\_\_\_

PADECE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES

DIABETES ( ) EPILEPSIA ( ) PROBLEMAS CARDIACOS ( ) PROBLEMAS RENALES ( ) ASMA ( )

OTROS (ESPECIFIQUE):

SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MEDICO :

¿Cuál? \_\_\_\_\_

CAPACIDADES DIFERENTES:

MOTRIZ ( ) VISUAL ( ) AUDITIVA ( )

LATERALIDAD

DIESTRO ( ) ZURDO ( )

NECESITAS ALGUN TIPO DE APARATO O INSTRUMENTO QUE TE PERMITA UN MEJOR DESENVOLVIMIENTO:

LENTE ( ) SILLA DE RUEDAS ( ) APARATO PARA SORDERA ( ) ANDADERA ( ) MULETAS ( )

ZAPATOS ORTOPEDICOS ( ) BASTON ( ) PROTESIS ( )

HA TENIDO O RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO

PSIQUIATRICO O PSICOLOGICO

SI ( )

NO ( )

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

LIC. GUADALUPE HERNANDEZ FLORES

JEFA DPTO DE SERVICIOS ESCOLARES

TAMPICO, TAMAULIPAS A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 2017