



EX-10 CÉDULA DE REFERENCIA DE SALUD DEL ALUMNO

Ciudad de México, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Escuela: COLEGIO O'FARRILL SOCIEDAD CIVIL C.C.T.: 09PJN5724N

Nombre del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

¿Presentó examen médico la madre, padre de familia o tutor?: (si) (no) Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

¿El examen médico entregado a la escuela indica que está apto para realizar actividad física? (si) (no)

¿Alérgico a algún medicamento?: (si) (no) Indique cuál: \_\_\_\_\_

¿El alumno(a) presenta algún padecimiento crónico? (si) (no) Indique cuál: \_\_\_\_\_

¿El alumno(a) toma algún medicamento prescrito por el médico? (si) (no)

En caso de contestar afirmativamente anexar copia de la receta por el médico tratante al presente.

Indique cuál: \_\_\_\_\_

Escriba a qué hora es suministrada la primera toma del día antes del ingreso al plantel: \_\_\_\_\_

Número de dosis al día: \_\_\_\_\_

Horas programadas para la administración de dosis de medicamentos:

4 hrs. ( ) 6 hrs. ( ) 8 hrs. ( ) 12 hrs. ( ) 24 hrs. ( )

En caso de que el alumno(a) requiera atención a causa del padecimiento, indique el procedimiento a seguir:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En situación caso de emergencia médica, avisar a los siguientes teléfonos: ( ) \_\_\_\_\_ y ( ) \_\_\_\_\_

Si alumno(a) requiere atención médica a causa de su padecimiento o por alguna otra causa, autorizo a que sea trasladado para recibir dicha atención: (si) (no) a la institución (IMSS) (ISSSTE) (Secretaría de Salud) (Seguro Popular) (Otro) Describa cuál: \_\_\_\_\_

Yo madre, padre de familia o tutor, estoy de acuerdo en proporcionar la información médica de mi hijo(a) pupilo(a): (si) (no).

Lo anterior, implica mi aceptación de las consecuencias derivadas de la decisión que libre y responsablemente que adopto para el desarrollo educativo y personal de mi menor hijo(a) o pupilo(a), deslindando por ello de toda responsabilidad al plantel y autoridades educativas. Manifiesto lo anterior aceptando las condiciones físicas, psicológicas y pedagógicas de mi hijo.

Acepto de conformidad la información mencionada en la presente cédula

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la madre, padre de familia o tutor

**Aviso de Privacidad**

Con fundamento en los artículos 16 y 73 fracción XXIX-O de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y del Artículo 22 fracciones II y V de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM), es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán utilizados para atender el registro del documento denominado "Cédula de Referencia de Salud" (EX-10) a través del Sistema Integral de Información Escolar en Web (SIIE WEB) en las diferentes modalidades de Educación Básica. Así como realizar informes estadísticos con la finalidad de dar seguimiento a los avances interinstitucionales inherentes a este servicio educativo.

Si deseas conocer nuestro aviso de privacidad integral, lo podrás consultar en nuestro portal de internet [www.gob.mx/aeefcm](http://www.gob.mx/aeefcm)