

# INSTITUTO TECNOLÓGICO DE LA LAGUNA

## HOJA DE DATOS PARA ALUMNOS

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE	
CARRERA				NÚMERO DE FICHA / NÚMERO DE CONTROL	
FECHA DE NACIMIENTO		GÉNERO	R.F.C.	C.U.R.P. (INDISPENSABLE)	
DÍA /	MES /	AÑO	___ H ___ M		
LUGAR DE NACIMIENTO			No. DE AFILIACIÓN DEL IMSS		CLÍNICA
CIUDAD /	ESTADO /	PAÍS			
DOMICILIO PARTICULAR:					
CALLE	No. EXTERIOR/INTERIOR		COLONIA	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD
TELÉFONO PARTICULAR CON LADA (SI NO TIENE PROPIO, ANOTAR UNO DONDE SE PUEDA DEJAR RECADO)		TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR			DOMICILIO DEL PADRE O TUTOR		
LUGAR DE TRABAJO DEL PADRE O TUTOR			TELÉFONO DEL TRABAJO DEL PADRE O TUTOR		
DOMICILIO DE TRABAJO DEL PADRE O TUTOR					
ESCUELA DE PROCEDENCIA		FEDERAL	ESTATAL	MPAL.	PRIVADA
					OTRO
¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECIAL?					TIPO DE SANGRE
_____ SÍ _____ NO					

**PARA DAR UNA MEJOR ATENCIÓN Y TOMAR ACCIONES OPORTUNAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA, ESPECIFIQUE SI CUENTA CON ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA ESPECIAL, MARCANDO LA CASILLA CORRESPONDIENTE:**

<input type="checkbox"/> <b>CAMINAR</b> (MOVERSE, SUBIR O BAJAR) <input type="checkbox"/> <b>VER</b> (AUN USANDO LENTES) <input type="checkbox"/> <b>OÍR</b> (AUN USANDO APARATO AUDITIVO) <input type="checkbox"/> <b>HABLAR O COMUNICARSE</b> (CONVERSAR) <input type="checkbox"/> <b>PONER ATENCIÓN</b> (APRENDER COSAS SENCILLAS) <input type="checkbox"/> <b>ATENDER EL CUIDADO PERSONAL</b> (VESTIRSE, BAÑARSE O COMER) <input type="checkbox"/> <b>MENTAL</b> (LIMITACIÓN INTELECTUAL Y CONDUCTUAL)	<b>CAUSA DE LA CONDICIÓN MÉDICA</b> <input type="checkbox"/> <i>Nacimiento</i> <input type="checkbox"/> <i>Enfermedad</i> <input type="checkbox"/> <i>Accidente</i> <input type="checkbox"/> <i>Otra:</i> _____ <i>(Traumatismo, Negligencia médica, Síndrome, Secuela, etc.)</i>
--	--

**PERSONA A LA QUE AUTORIZA RECIBA INFORMACIÓN SOBRE SU AVANCE EN EL PLAN DE ESTUDIOS (OBLIGATORIO)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES TOTALMENTE VERÍDICA.

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO