1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 Horas de Ayuno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Facultad a la que pertenece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6. Carrera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 Bloque (Grupo): \_\_\_\_\_\_\_\_

8. Género: (Masculino) (Femenino) 9. Fecha de Nacimiento: Día\_\_\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_

10. Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11. De qué Estado procedes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12. Poblado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 13. Municipio de residencia anterior al Ingreso a la UV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Residencia Actual (ciudad donde vives actualmente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Tipo de residencia: (Propia) (Rentada) (Prestada) (Pensión)

16. ¿Trabajas (Estudiante)? Sí - No Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Dependencia familiar: (cuanto te aporta tu familia) (100%) (75%) (50%) (25%) (0%)

18. ¿Qué Servicios Médicos usas?: (IMSS) (SSA) (ISSSTE) (Seguro Popular) (Privado)

19. ¿Estás ingiriendo en esta semana un (os) medicamento específico (escribe el nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Para el género femenino, indicar fecha última menstruación (FUM): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21. ¿Eres Alérgico? Sí - No ¿A qué eres alérgico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22. ¿Eres fumador? Sí - No ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Sí - No

23. ¿Has padecido Hepatitis? Sí - No En caso afirmativo específica: (Hep.A) (Hep B) (Hep C) (Hep D) No recuerdo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 24. ¿Eres diabético? Sí - No

25. ¿Tienes familiares diabéticos? No - Sí (Padre) (Madre) (Abuelos) (Hermanos)

26. Estado Civil: (Soltero) (Casado) (Divorciado) (Unión Libre)

27. Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Kg) Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cm) **Se valoran en la Facultad de Medicina.**

***Nuevo***

**¿Autorizas proporcionar tus datos de grupo sanguíneo, ABO, Rh y dirección para posible donación de sangre en el caso de que tú grupo sea: A+ ; A- ; B+ ; B- ; AB + ; AB- ; O- ? Tipo de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*NOTA 1: Este documento deberá ser llenado por el Estudiante de Nuevo Ingreso, y llevarlo al laboratorio de análisis clínicos.*

*NOTA 2: Se recomienda no olvidar escribir matrícula y fecha de nacimiento debido a que el sistema no los registrará.*

*NOTA 3: Cualquier duda que tengas al llenar este formato puedes marcar al teléfono*

*(272) 72.5.94.17 ó (272) 72. 6.30.66 Extensión: 33321 con FCQ-Laboratorio.*