



**FICHA DE INSCRIPCIÓN Y REGISTRO
CURSO PRIMER RESPONDIENTE A URGENCIAS MÉDICAS
SERVICIOS PARAMÉDICOS**

**FAVOR DE LLENAR CON
LETRA DE MOLDE Y TINTA**

MATRÍCULA:

FECHA DE REGISTRO:

A) DATOS PERSONALES:

	NOMBRE _____
	GENERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO
	FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
	DOMICILIO PARTICULAR: _____
	CALLE _____ No. _____
	COLONIA _____ C.P. _____ CIUDAD _____ ESTADO _____
	TELÉFONO PARTICULAR: _____ CELULAR: _____
	LUGAR DE ESTUDIO Y/O TRABAJO: _____ OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN _____ E-MAIL: _____

MARCA CON * EL TEL DE EMERGENCIA

B) DATOS MEDICOS:

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿CUAL O CUALES?: _____
¿QUE TRATAMIENTO LLEVAS?: _____
GRUPO SANGUINEO: _____ ALERGIAS: _____



B) DATOS MEDICOS (continuación):

¿USAS O HAS USADO DROGAS? SI NO

¿CUAL O CUALES?: _____

¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE LA (S) CONSUMISTE?: _____

¿TIENES FOBIAS?: SI NO ¿CUALES?: _____

C) DATOS VARIOS:

¿COMO TE ENTERASTE DEL CURSO? POSTER VOLANTE FACEBOOK E-MAIL

RADIO TV PAGINA WEB ALGUIEN QUE YA TOMO EL CURSO. ¿QUIEN? _____

RECOMENDACIÓN DE: _____ OTRO: _____

¿CUALES SON TUS PLANES DE VIDA EN ESTE MOMENTO?:

EXPON BREVEMENTE TU PRINCIPAL MOTIVACIÓN PARA TOMAR ESTE CURSO:

DOCUMENTACIÓN

- 2 FOTOGRAFÍAS
- COPIA ACTA DE NACIMIENTO
- CERTIFICADO MEDICO
- COMPROBANTE DE ESTUDIO/TRABAJO
- COPIA DE IDENTIFICACIÓN
- CUOTA DE INSCRIPCIÓN

FIRMA