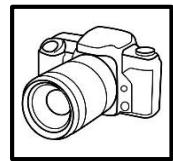




INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
KARDEX DE INCIDENCIAS DEL ALUMNO



NOMBRE \_\_\_\_\_ NIVEL y GRUPO \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ TEL (CASA/CEL) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
ALERGIAS: (SI) (NO) CUAL: \_\_\_\_\_  
ENFERMEDAD CRONICA: (SI) (NO) CUAL: \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TUTOR \_\_\_\_\_ TEL (CASA/CEL) \_\_\_\_\_