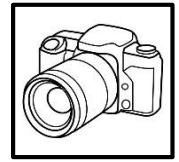




INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
KARDEX DE INCIDENCIAS DEL ALUMNO



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) _____