

DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

Primer Nombre _____

Segundo Nombre _____

N°. de Cédula o Pasaporte _____

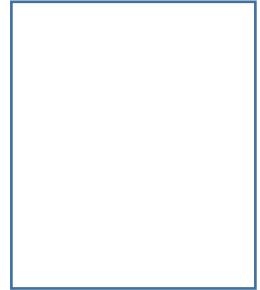
Correo electrónico _____

M F

Sexo

Estado Civil _____

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento (día/mes/año)



Lugar de trabajo _____

Cargo _____

Teléfono de oficina _____

Cómo conoció Ud. Ganexa

Televisión

Vallas Publicitarias

Página Web

Periódicos

Por un amigo

Ferias educativas

E-mail

Festivales y eventos

Smartmedia y PNT

Otros

DOMICILIO

Corregimiento _____

Barriada _____

calle _____

N° casa o apartamento _____

Teléfono Residencial _____

Teléfono celular _____

otros _____

Firma del estudiante _____

Cédula _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Esta sección debe ser completada de carácter **obligatorio**, por el estudiante o su acudiente.

Indicar si tiene un médico familiar o de cabecera.

Si

No

Nombre del médico _____

Teléfono de Contacto _____

Por favor indicar si durante los últimos cinco (5) años, un médico u otro profesional de la salud diagnóstico o trato cualquiera de las condiciones o enfermedades abajo listadas. Si está en tratamiento actual debe notificarlo. Para cada respuesta **SI**, por favor proporcionar los detalles en la columna **OBSERVACIONES**

	Condición o enfermedad	Si	No	Observaciones/tratamientos
1	Acidez / Reflujo gástrico			
2	Alergias			
3	Anemias			
4	Apnea de sueño			
5	Ansiedad			
6	Asma			
7	Crisis convulsivas/ epilépticas			
8	Déficit Atencional			
9	Depresión			
10	Diabetes			
11	Enfermedades reumáticas			
12	Esquizofrenia			
13	Gastritis			
14	Hepatitis			
15	Hiperactividad			
16	Migraña			
17	Presión arterial			
18	Problemas cardiacos			

19	Problemas de piel			
20	Trastorno Bipolar			
21	Trastornos mestúrales (endometriosis)			
22	Trastornos sanguíneos (hemofilia)			
23	Úlceras			
24	Intervenciones quirúrgicas recientes			
25	Síndrome de asperger			
26	Pérdida auditiva			
27	Síndrome de Down			
28	Autismo			
29	Otros			

Es necesario indicar si está recibiendo algún medicamento, por lo cual debe traer una lista de los medicamentos incluidos en el tratamiento para una o más de las condiciones aquí enunciadas e indicar la dosis diaria.

En caso de emergencia llamar a _____ teléfono _____

Tipo de Sangre _____ Otros Datos _____

DECLARO, QUE HE SUMINISTRADO LA INFORMACION SOLICITADA DE ACUERSO A MI CONOCIMIENTO A LA FECHA.

Firma del estudiante o acudiente

Cedula

Fecha

DATOS DEL ACUDIENTE O RESPONSABLE

Nombre completo del acudiente o responsable

Parentesco

Teléfono Residencial

Teléfono celular

otros

PARA USO DE SECRETARIA

Licenciatura a matricularse

Fecha de Inicio

Nivel de Inicio

Turno

Usuario U-online

Clave U-online

Número de usuario U-online

Firma del departamento de admisión

Fecha

Este documento es de carácter confidencial, propiedad de los archivos de la Universidad del Arte Ganexa