



**ESCUELA DE BACHILLERES
ANTONIO MARIA DE RIVERA DIURNA**



FICHA DE IDENTIFICACION ASESORIA								
CURP:		APELLIDO PATERNO		MATERNO		NOMBRE (S)		
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		SEXO		
		DIA	MES	ANO	MEX	OTRA	MASC	FEM
DOMICILIO:		LOCALIDAD		CODIGO POSTAL		TELEFONO		
CORREO ELECTRONICO DEL ALUMNO:								
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR		OCUPACION		PARENTESCO				
				PADRE	MADRE	TUTOR		
DOMICILIO:		LOCALIDAD		CODIGO POSTAL		TELEFONO		
TELEFONO CELULAR:		CORREO ELECTRONICO (PADRE, MADRE O TUTOR)						
ESCUELA DE PROCEDENCIA DEL ALUMNO PUBLICA <input type="radio"/> PRIVADA <input type="radio"/>				¿PROMEDIO CON EL QUE TE GRADUASTE EN LA SECUNDARIA? <input type="text"/>				
¿CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE?								
<input type="checkbox"/> PADRE Y MADRE <input type="checkbox"/> SOLO MADRE <input type="checkbox"/> SOLO PADRE <input type="checkbox"/> PADRE, MADRE Y HERMANOS <input type="checkbox"/> MADRE Y HERMANOS <input type="checkbox"/> PADRE Y HERMANOS				<input type="checkbox"/> SOLO HERMANOS <input type="checkbox"/> OTROS FAMILIARES <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DE TRABAJO O ESTUDIOS <input type="checkbox"/> CONYUGE O PAREJA <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> OTRO (EXPLICA)				
ESTADO CIVIL DEL ESTUDIANTE: SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> UNION LIBRE <input type="radio"/>								
¿TIENES HIJOS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁNTOS? <input type="text"/> ¿TRABAJAS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>								
¿TIENES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA O FRECUENTE? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								
¿ERES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								
¿TIENES ALGUN PROBLEMA AUDITIVO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								
¿TIENES ALGUN PROBLEMA VISUAL? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								
¿TIENES SERVICIO MEDICO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿CUÁL?								
GRUPO:		1°	2°	3°	4°	5°	6°	
PARA ESCOLAR:				CAPACITACION:				
PERIODO ESCOLAR	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR (A)			PERIODO ESCOLAR	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR (A)			
1° P.E				4° P.E				
2° P.E				5° P.E				
3° P.E				6° P.E				

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR.