

**FORMATO DE CONTROL DE CONSULTA EN CEMA NIVEL LICENCIATURA Y
POSGRADO**

No. De Folio: _____

Fecha: _____

ALUMNO:

Nombre del alumno: _____ Matricula: _____

Perfil: UFD () UFD / R () Concentración () Semiconcentración ()

Licenciatura: _____ Cuatrimestre: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma del alumno: _____

ACADEMIA:

Nombre de la asistente académica / Líder de Línea: Psic Sandra Cuéllar Álvarez _

Línea Académica: LÍNEA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y ALTO RENDIMIENTO

Hora: _____

Firma de Asistente Académico / Líder de Línea: _____

ADMISIÓN CEMA:

Nombre de La recepcionista: _____

Fecha: _____ Hora de ingreso: _____

Firma de la recepcionista: _____

MÉDICO:

Nombre del médico: _____

Fecha: _____ Hora de ingreso: _____

Hora de egreso: _____

(Anexo obligatorio de copia de receta médica del área de Cema).

Firma del médico: _____

Sello