



ENFERMERÍA

Nombre del alumno: _____ grupo: _____

Apellido paterno: _____ apellido materno: _____ nombre: _____

Fecha de nacimiento: mes _____ día _____ año _____ teléfono casa: _____ celular: _____

Teléfono oficina papá: _____ teléfono oficina mamá: _____

Dirección: _____

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

Pediatra: _____ teléfono: _____

DE NO ENCONTRAR A LOS PADRES:	
Nombre del familiar: _____	
Parentesco: _____	teléfono: _____

Enfermedades que ha padecido: _____ Intervenciones quirúrgicas: _____

¿Padece actualmente alguna enfermedad? Sí NO Especifique cuál es: _____

¿Toma algún medicamento por períodos prolongados? Sí NO

Especificar nombre, dosis y período de tiempo a partir de esta fecha: _____

¿Tiene alguna alergia? _____

Fecha de la última vacuna antitetánica: _____ sangre tipo: _____

¿Requiere de algún cuidado especial en cuanto a salud? Sí NO ¿Cuál? _____

¿Tiene ud. algún inconveniente en que se administre algún medicamento? Sí NO Cual (es) _____

PARA CUALQUIER CAMBIO O ASUNTO RELACIONADO CON SU HIJO(A), FAVOR DE COMUNICARSE A LA ENFERMERÍA EXTENSIÓN 138

Firma del padre o la madre

Fecha: mes _____ día _____ año _____