



DATOS DE LA SALUD DEL ALUMNO



Nombre del alumno..... Grado

Fecha de nacimiento Grupo sanguíneo.....

Cobertura médica..... N°.....

En caso de emergencia comunicarse con:

Table with 4 columns: Number, Name, Phone, Relationship / Kinship. Rows 1, 2, 3.

Nota: Si Ud. Desea autorizar a alguna de estas personas para recoger a su hij@, será necesario que nos informe previamente y que la persona presente su identificación oficial.

¿Su hijo padece o es propenso a alguno de estos síntomas? Tachar lo que corresponda. En caso afirmativo solicitamos ampliar la información.

- ASMA Sí / NO
ALERGIAS SI / NO
DOLORES DE CABEZA SI / NO
CONVULSIONES SI / NO
DESMAYOS/ PRESION ALTA SI / NO
DIABETES SI / NO
DISMENORREA SI / NO
DESVIACIONES DE COLUMNA SÍ / NO
PROBLEMAS ARTICULARES SÍ / NO

¿Está bajo algún tratamiento médico prolongado? Sí / NO (Si es así, por favor explique)

Detalle cualquier enfermedad seria, accidentes, condiciones, discapacidades, operaciones, problemas nutricionales y/o requerimientos, experiencias psicológicas, emocionales o problemas que su hij@ haya tenido.

Para poder practicar educación física su hij@ necesita hacerse un chequeo médico completo. Por favor presente el certificado médico correspondiente que tendrá validez por un año calendario.

NOTAS: De ocurrir una emergencia médica de inmediato se llamará a los padres y al servicio de emergencias.

Las instituciones educativas NO ESTAN AUTORIZADAS A MEDICAR. Si su hijo estuviera bajo tratamiento deberá presentar su receta médica con las indicaciones específicas del doctor e informar al personal del colegio.

Por favor entregue copia de la cartilla de vacunación actualizada.

Firma del Padre / Madre..... Fecha.....