



Datos Generales

Grado: _____



Nombre del Alumno: _____ Sexo: _____ Grupo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____
 Peso: _____
 Nombre del padre: _____ Tel: _____
 Nombre de la madre: _____ Tel: _____

Personas autorizadas para recoger a su hijo en caso de emergencia:

Nombre: _____ Tel: _____
 Nombre: _____ Tel: _____

Autorizo al Colegio a trasladar al alumno al hospital en la ambulancia contratada por el mismo

Si _____ No _____

Médico o pediatra: _____
 Tel. consultorio: _____
 Tel. celular: _____

Mencione los medicamentos que se autoriza dar al alumno:

Datos Médicos

Grupo sanguíneo: _____

Actividad deportiva

¿Practica algún deporte? _____ ¿Cuál? _____
 ¿Desde cuándo? _____
 Luxaciones: _____
 Actualmente, ¿toma algún medicamento? _____ Fracturas: _____
 Nombre: _____

Organos sentidos

¿Tiene problemas con su vista? _____
 Debe de usar lentes: _____
 ¿Debe quitárselos al salir del salón? _____
 ¿Sangra por la nariz? _____
 ¿Tiene problemas de audición? _____
 Antecedentes de otitis (infección de oído) _____

Sistema nervioso central

¿Padece dolor de cabeza con frecuencia? _____
 ¿Utiliza algún medicamento para el dolor? _____
 ¿Es inquieto (hiperactivo, hiperquinético)? _____
 ¿Duerme bien? _____
 ¿Alguna vez ha convulsionado? _____

En caso afirmativo, anotar el medicamento que utiliza:

Aparato cardiopulmonar

¿Tiene problemas para respirar?: _____
Palpitaciones: _____ Mareos: _____ Desmayos: _____
Edema (hinchazón): _____ Pérdida de conocimiento: _____
¿Dolor en el pecho con el esfuerzo físico? _____
¿Ha padecido de problemas cardiacos?: _____
¿Tiene tos frecuentemente?: _____ Asma: _____

Aparato digestivo

¿Padece reflujo?: _____
¿Dolor abdominal? _____ Tipo: _____
¿Problemas de diarrea o estreñimiento?: _____
¿Hay algún alimento que no deba comer o que le cause alergia?: _____
¿Ha padecido erupciones cutáneas?: _____ Motivo: _____
¿Qué enfermedad de la infancia ha padecido? (varicela, sarampión, paratifoidea, etc.): _____

¿Su esquema de vacunación está completo?: _____ (favor de enviar copia de cartilla)
¿Se le hacen moretes con facilidad? _____
¿Sangra en forma prolongada cuando se hace una herida?: _____

¿Antecedentes de cirugía?: _____ ¿Cuáles?: _____
¿Tendencia a desmayos?: _____
¿Ha estado hospitalizado?: _____ Motivo: _____
Enfermedades que haya padecido de importancia: _____
Enfermedades crónicas: _____

Tiene alergia a algún medicamento?

¿Prefiere usted utilizar medicina homeopática como tratamiento para su hijo? _____

¿Su hijo(a) en alguna ocasión estuvo expuesto a la picadura o mordedura de algún insecto o animal ponzoñoso?:

Abeja: _____ Araña: _____ Alacrán: _____ Otros: _____

Especifique si presentó alguna reacción severa:

Para uso exclusivo del área médica del Colegio.

Observaciones:

Nombre del doctor: Dra. Karla Georgina Correa Rodríguez.

Nombre y firma del padre o tutor