



Datos Médicos

Año Escolar _____

Fecha _____ Nivel _____

Nombre del niño:								Sexo		Fecha de nacimiento:				
								M	F	Día	Mes	Año		
Tipo de sangre: (Chequear una)		A+	A-	B+	B-	AB+	AB-	O+	O-	No lo se		Peso del niño a la fecha de		
								Si	No	Explicar				
¿ Es alérgico a medicamentos?														
¿ Es alérgico a alimentos?														
¿ Es alérgico a factores ambientales?														
¿ Ha sufrido fracturas?														
¿ Ha tenido alguna cirugía?														
¿ Tiene una condición medica?(Asma, Diabetes, epilepsia, etc.)														
¿Ha tenido una evaluación psicopedagógica(Dotado, TDAH, etc.)														
¿Toma algún medicamento? (Tiene algún tratamiento especial o permanente)														
Restricciones alimenticias:														
Cuidados especiales:														
Utiliza anteojos?										Graduación:		Izquierdo	Derecho	Fecha de la última graduaci
Peso al nacer		Parto: (Chequear una)		Normal	Cesaria	Prematuro								
Nombre de vacuna administrada				Fecha administrada			Nombre de vacuna administrada			Fecha administrada				
				Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Se adjunta copia del carnet de vacunas														

Observaciones: _____

Nombre del pediatra	Tel. de clínica	Celular	Otros

Firmo que tengo la autoridad para llenar este formulario y firmo que todo lo expuesto es correcto y preciso y me responsabilizo por la veracidad de la información brindada

Nombre de la persona que lleno el formulario

Parentesco

Firma