



Colegio Babeque
Inicial y Primaria
Formulario Datos de Salud

Datos Generales del alumno(a)

Apellidos: _____

Nombres: _____

Curso: _____

Nombre madre: _____

Teléfonos: _____

Nombre padre: _____

Teléfonos: _____

A) En caso de necesidad, podemos administrar:

Winasorb Si No

Peptobismol Si No

En caso de fiebre, alergias, molestias intestinales, llamaremos para informar y pedir autorización para el uso de otros medicamentos.

B) ¿Oye bien? Si No Fecha último chequeo audio _____

C) ¿Usa espejuelos? Si No Fecha último chequeo vista _____

Nota: Los médicos recomiendan chequeo anual del audio y vista.

D) Alergias Polvo Anestesia Penicilina
Colorante Calmantes Otros

Especificar otros: _____

E) Convulsiones Si No Edad _____

F) Desmayos Si No Edad _____

G) Cirugías Si No Edad _____

Si su niño/a usa algún medicamento diariamente o en caso de emergencia, puede traerlo y la doctora se encargará de administrárselo (EpiPen, antihistamínico, etc).

Firma Padre, Madre o Tutor