



Colegio Babeque

Inicial y Primaria

Formulario Datos de Salud

Datos Generales del alumno(a)

Curso:

Apellidos:		Nombres:	
Nombre de la madre			
Teléfonos:			
	Casa		Celular

Nombre de la padre

Teléfonos:		
	Casa	Celular

A) En caso de necesidad, podemos suministrar:

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
C) ¿Usa espejuelos? SI NO

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

D) Alergias: Marque el o los elementos que pudieran ocasionar alergias a su hijo(a).

Polvo Colorante Anestesia Calmantes Penicilina Otros:

Especificar otras:

E) Convulsiones SI NO Edad:

En caso de convulsiones especificar por favor.

F) Desmayos SI NO Edad:

En caso de desmayos especificar por favor.

G) Cirugías SI NO Edad:

En caso de cirugías especificar por favor.

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