

Completar Padre, Madre o Tutor

Establecimiento Escolar al quertenote

Código:

(No completor erto cázilliem)

Datos Personales

Nombres y Apellido:

Sexo:

Grupo Sanguineo: Factor

Domicilio:

Edad:

Localidad:

Tel:

Datos Padre y/o Tutor Legal

Nombres y Apellido:

DNI:

Email: Teléfono Laboral:

Completar: Médico de Cabecera

Antecedentes Quirurgicos

S: ☐ No: ☐

Descripción:

Fracturas

Descripción:

Antecedentes Patológicos

S: ☐ No: ☐

Descripción:

Antecedentes Patológicos

S: ☐ No: ☐

Descripción:

Enfermedades del Aparato Digestivo

S: ☐ No: ☐

Descripción:

Enfermedades Renales

S: ☐ No: ☐

Descripción:

Sufrió Convulsiones?

S: ☐ No: ☐

Descripción:

S: ☐ No: ☐

No: ☐

¿Tuvo Enfermedades del Colágeno?

S: ☐ No: ☐

Cual?: ☐ Lupus Eritematoso ☐

Artritis Reumatoidea ☐

Requerda Algun antecedente de importancia, ademas de los detallados anteriormente?

Cuales:

Antecedentes Inmunológicos

Adiuntar fotocopia del carnet de vacunación

Esquema completo de Vacunación Si. ☐ No: ☐

Anti Hepatitis bi. Si. ☐ No: ☐ Anti Meningococo: Si. ☐ No: ☐ Anti Neumococo: Si. ☐ No: ☐

Otros: ☐ Descripción:

No llenar rose vado pata Personal Medico

Estado Salud Actual

Epilepsia

Si. ☐ No: ☐

Observaciones:

Recibe Tratamiento

Si. ☐ No: ☐

¿Sufre algun trastorno Neurológico?

Si. ☐ No: ☐

Cuales:

¿Es Alergico?

Si. ☐ No: ☐

Cuales:

Recibe Tratamiento

Si. ☐ No: ☐

¿Es Diabetico?

Si. ☐ No: ☐

Observaciones:

Recibe Tratamiento

Si. ☐ No: ☐

¿Sufre transtomos da Coagulación Sanguinea?

Si. ☐ No: ☐

Cuales: Piirpura ☐ Hemafila ☐ Vasculitis: ☐

¿Sufre enfermedales cardiacas?

Si. ☐ No: ☐

Descripción:

¿Se desmaya con frecuencia?

Si. ☐ No: ☐

Descripción:

¿Sufre enfermedades del aparato digestivo?

Si. ☐ No: ☐

Cuales:

¿Presenta trastornos emocionales yló de conducta?

Si. ☐ No: ☐ Recibe Tratamiento Si. ☐ No: ☐

Observaciones:

¿Sufre alguna enfermedad que no se detalla enteriormemente? Si. ☐ No: ☐

Cuales:

Firma Padre u Tutor

Firma Medico de Cabecera

Lugar:

Fecha: