



FICHA CLÍNICA DEL ALUMNO

Apellidos y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Grado/Año: _____

- Nombre del Representante legal del alumno (a) _____
¿Padece alguna enfermedad que requiera vigilancia o suministro de medicamentos periódicamente? Si _____ No _____ Indique: _____
- ¿Ha presentado reacciones alérgicas? _____ Indique: _____
- ¿Toma algún medicamento en la actualidad? Si _____ No _____
Indique _____
- ¿Cuáles medicamentos se le pueden suministrar en caso de: fiebre, dolor de barriga o picadas de insectos? _____
- En caso de emergencia, señale algunos números de teléfono donde se le pueda localizar rápidamente: _____
- En caso de presentarse una emergencia con su representado (a), señale el nombre de un centro hospitalario cercano a la institución, al cual pueda ser trasladado:

Observaciones:
