



### DATOS FAMILIARES

Nombres de la madre:

Apellidos de la madre:

Fecha de nacimiento:  Estado civil:  No. Cédula:

día mes año

Nacionalidad:  Religión:

Edad:  Lugar de trabajo:

Tel. Residencia:  Cargo:

Tel. Celular: Tel.  Ocupación:

Oficina:  Dir. Trabajo:

Ext:  E-mail:

Nombres del padre:

Apellidos del padre:

Fecha de nacimiento:  Estado civil:  No. Cédula:

día mes año

Nacionalidad:  Religión:

Edad:  Lugar de trabajo:

Tel. Residencia:  Cargo:

Tel. Celular:  Ocupación:

Tel. Oficina:  Dir. Trabajo:

Ext:  E-mail:

Los padres del solicitante están:

El solicitante vive con:

Ambos padres  Padrastro

Madre  Madrastra

Padre  Otro (especifique)

## DATOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Tipo de Sangre:  ¿Presenta su hijo alguna condición especial de salud? Sí  No   
¿Desea ser contactado por la enfermería para discutirlo? Sí  No

¿Toma su hijo algún medicamento de forma regular? Si  No  ¿Dónde lo toma?  
Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Casa   
Indicado para (Enfermedad): \_\_\_\_\_ Colegio

**IMPORTANTE:** Si el estudiante requiere medicación regular, debe entregarse a la enfermera una prescripción médica de su doctor, indicando la dosis y el medicamento a administrar.

### Historial de Enfermedades/Accidentes

Edad	Enfermedad	Accidente
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Sufre su hijo alguna condición alérgica?  
(Especifique)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna de estas dificultades?

- Respiratoria  
 Gastrointestinal  Usa lentes  
 Visión  Otro (especifique):  
 Cardiovascular  
 Condición dermatológica

En caso de necesidad, autorizo a administrar:

- Acetaminofén  Antigripal  
 Peptobismol  Nebulización  
 Anti-Inflamatorio Dosis y Medicamento:  
 Anti-Histamínico \_\_\_\_\_  
 Antiácido \_\_\_\_\_

Por favor escriba cualquier observación que considere de interés para la enfermera o el profesor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

