

CICLO ESCOLAR 2010 - 2011

Nombre del alumno: _____ **Grado** _____

Responsable del alumno: Padre Madre Ambos Tutor

Médico Familiar: _____ Tel: _____

Servicio Médico: ISSSTE MSS Otro _____

Datos del IMSS (cuando se tiene).

No. de Afiliación del Papá: _____ Clínica Adscrita _____

No. de Afiliación de la Mamá: _____ Clínica Adscrita _____

Grupo Sanguíneo: _____ RH _____ Peso _____ Estatura _____

Vacunas pendientes: _____

Agudeza Visual: Normal _____ Deficiente _____ Usa lentes con graduación _____

Agudeza Auditiva: Normal _____ Deficiente _____

Alergias Sí No ¿A qué es alérgico? _____

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que usted considere debe informarnos? Sí NO

Especifique qué acciones debemos de realizar en caso de presentar algún síntoma en el Colegio:

Si es necesario, envíe medicamento y receta médica a la enfermera para su aplicación.

En caso de emergencia, el Colegio cuenta con seguro escolar y los niños podrán ser atendidos en los hospitales. El trámite administrativo es elaborado en el Departamento de Enfermería.

Corroboro los datos arriba asentados, como verídicos y confiables para considerarlos y ser tomados en cuenta en cualquier situación de emergencia referente a la salud del alumno.

Nombre _____ Parentesco _____ Firma _____

Tel. casa: _____ Tel. celular: _____ Tel. trabajo: _____