

Colegio Dominicano

HISTORIAL DE SALUD POR ESTUDIANTE

Año escolar: 2019-2020

Datos del estudiante.

Nombres y apellidos: _____ Edad: _____ Tel. residencia: _____
Curso _____ NIVEL: _____ (Inicial-Primario-Secundario).

Datos de los padres.

Nombre del padre: _____ Cel. _____
Nombre de la madre: _____ Cel. _____
Nombre del tutor: _____ Cel. _____

Historial de salud.

Tipo de sangre: _____ Peso actual: _____ ¿Sufre o sufrió alguna enfermedad importante? Sí__ No__ ¿Se ha fracturado un hueso? Sí__ No__ Especifique: _____

¿Ha convulsionado? Sí__ No__ ¿A qué edad? _____ ¿Ha sido sometido a alguna cirugía? Sí__ No__ ¿A qué edad? _____
¿Alergias? Sí__ No__ Tratamiento: _____

Alimentos y/o medicamentos prohibidos por indicación médica: _____

¿Puede su hijo/a tomar los siguientes medicamentos? **Winasorb:** Sí__ No__ **Sertal:** Sí__ No__ **Sertal compuesto:** Sí__ No__ **Zyrtec:** Sí__ No__

En caso de fiebre, qué medicamentos pueden usarse? _____

¿Usa lentes? Diagnóstico _____ Si Hay cambios de un año a otro ponerse en comunicación con la Coordinación. ¿Oye bien? Sí__ No__. Si su respuesta es negativa favor especifique _____

¿Está asistiendo a algún tipo de terapia? Sí__ No__. Especifique e indique si está siendo medicado. _____

En este espacio incluya cualquier información que sea útil o importante respecto a la salud de su hijo/a.

Nombre del pediatra: _____ Clínica: _____

Tel. _____ Ext. _____ Tel. consultorio: _____ Cel. _____

Datos complementarios:

En caso de emergencia llamar a _____ Parentesco _____

Tel. _____ Cel. _____.

Depositar junto con este formulario dos fotos recientes 2 x 2, identificadas con el nivel correspondiente, nombre y curso.

Firma responsable: _____