



## ENFERMERÍA

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ grupo: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ apellido materno: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ teléfono casa: \_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_

Teléfono oficina papá: \_\_\_\_\_ teléfono oficina mamá: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

<b>DE NO ENCONTRAR A LOS PADRES:</b>	
Nombre del familiar: _____	
Parentesco: _____	teléfono: _____

Enfermedades que ha padecido: \_\_\_\_\_ Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

¿Padece actualmente alguna enfermedad? Sí  NO  Especifique cuál es: \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento por períodos prolongados? Sí  NO

Especificar nombre, dosis y período de tiempo a partir de esta fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna antitetánica: \_\_\_\_\_ sangre tipo: \_\_\_\_\_

¿Requiere de algún cuidado especial en cuanto a salud? Sí  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiene ud. algún inconveniente en que se administre algún medicamento? Sí  NO  Cual (es) \_\_\_\_\_

**PARA CUALQUIER CAMBIO O ASUNTO RELACIONADO CON SU HIJO(A), FAVOR DE COMUNICARSE A LA ENFERMERÍA EXTENSIÓN 138**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha: mes \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_