

INSTITUTO EPISCOPAL SAN CRISTOBAL  
 FORMULARIO DE ENFERMERÍA  
 2019

Nombre del Alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Sexo: (F) (M) Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre \_\_\_\_\_  
 Nombre del Acudiente: \_\_\_\_\_  
 Tel.Res. \_\_\_\_\_ Tel.Oficina \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

**TRAER LOS SIGUIENTES EXAMENES DE LABORATORIO**

Hemograma	
Tipaje	<u>Solo alumnos nuevos</u>
Orina	
Heces	

**SI SU NIÑO SUFRE DE ALGUN PADECIMIENTO, FAVOR DE INFORMARLO**

Alergia	
Cardiaca	
Asma	
Diabetes	
Epilepsia	
Otros	

**ALUMNOS DE PRIMER INGRESO PRE-KINDER, KINDER Y PRIMER GRADO, ANOTAR LAS FECHAS DE LAS VACUNAS**

<u>Vacuna</u>	<u>1°Dosis</u>	<u>2°Dosis</u>	<u>3°Dosis</u>	<u>Refuerzo</u>
Polio				
DPT				
SARAMPION				
BCG				
OTRAS				

Nota: Este formulario conjuntamente con el Certificado Médico y los resultados de laboratorio, deben entregarse la primera semana de clases a su maestra o profesor.

Firma del Acudiente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_