

INSTITUTO EPISCOPAL SAN CRISTOBAL
FORMULARIO DE ENFERMERÍA
2020

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: _____