

CÍRCULO MEXICANO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA, S.C.

FICHA MÉDICA

Fecha:

Nombre del Alumno(a):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Edad al 30 de agosto:

Sexo: F M

Nombre del padre o tutor:

Teléfono casa:

Teléfono oficina:

Teléfono celular:

e-mail:

Domicilio (Calle, Número, Colonia, Delegación, C.P):

Nombre de la madre:

Teléfono casa:

Teléfono oficina:

Teléfono celular:

e-mail:

Domicilio (Calle, Número, Colonia, Delegación, C.P):

Nombre del Pediatra:

Reg. Fed. Profesiones:

Teléfonos:

INFORMACIÓN MÉDICA:

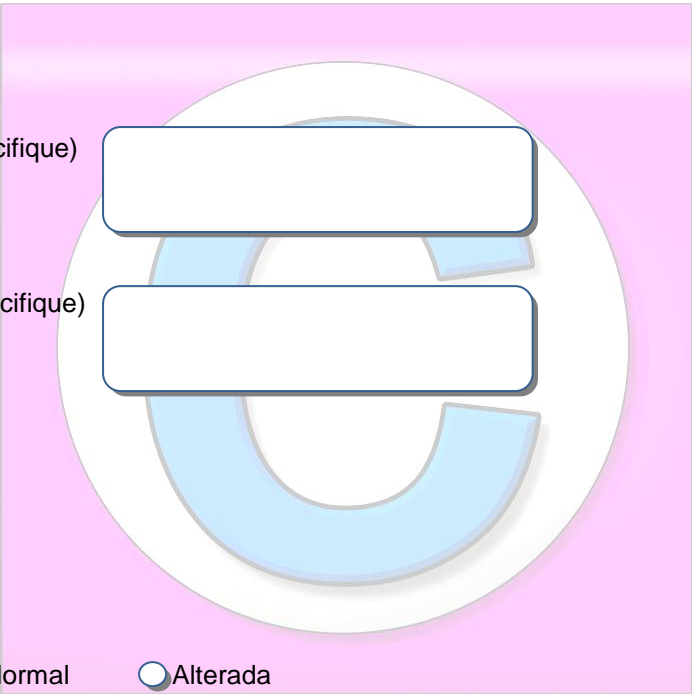
Grupo Sanguíneo:

Fecha del último refuerzo de Tétanos:

SEÑALE LAS ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO EL ALUMNO:

- Faringoamigdalitis de repetición
- Escalartina
- Otitis
- Fiebre Reumática
- Parasitosis Intestinal (Especifique)

- Asma Bronquial
- Hepatitis
- Cardiopatías (Especifique)
- Neumopatías (Especifique)
- Alergias
- Parotiditis
- Epilepsia



Agudeza Visual: Normal Alterada

Usa lentes el alumno: Si No

Agudeza Auditiva: Normal Alterada



Antecedentes Quirúrgicos, especifique tipo de cirugías y la edad en que fue sometido (a):

Antecedentes Ginecológicos de las Alumnas:

Fecha del la 1° Menstruación:

Padece de dolores Menstruales: sí no

En caso de respuesta afirmativa especifique tratamiento

Medicamentos que requieren ser administrados dentro del horario escolar:

Tipo:

Horario:

Medicamentos a los que el alumno (a) es alérgico (a):

Teléfonos de emergencia en caso de no encontrar a los padres:

Nombre: Parentesco:

Teléfonos: Celular:

Nombre: Parentesco:

Teléfonos: Celular:

Nombre: Parentesco:

Teléfonos: Celular:

Autorizo al personal de Círculo Mexicano de Integración Educativa a tomar medidas de emergencia necesarias en caso de que mi hijo(a) enferme o sufra algún accidente durante el horario escolar.

Mientras mi Hijo(a) concurra al colegio a su digno cargo, deslindo al personal de éste, de toda responsabilidad respecto al estado de salud Mental, Física, así como el uso de medicamento y sus efectos secundarios, además de aparatos ortopédicos y terapias que recibía por un padecimiento previo especificado o no en esta ficha médica.

Firma del padre o tutor: _____

Firma de la madre: _____