



Formulario de salud del Estudiante

Nombres y apellidos del estudiante: _____

Grado: _____

¿Padece alguna enfermedad actual? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Padece alguna enfermedad crónica? Si () No () ¿Cuál? _____

¿Practica algún deporte? Sí () No () ¿Cuál? _____

¿Toma algún medicamento de forma continua? ¿Cuál? _____

¿Presenta algún tipo de alergias a alimentos o medicamentos?

Nota: Si su representado tiene alguna enfermedad favor adjuntar certificado diagnóstico con las especificaciones del tratamiento médico.

¿Autoriza que en caso de emergencias su representado sea medicado por el médico institucional? Si () No ()

Nombres y apellidos del representante legal: _____

Cedula: _____

Numero de contacto: _____

Nota: Entregar ficha en la legalización de matrícula, para uso exclusivo del Dpto. Médico.