

INSTITUCIÓN EDUCATIVA OFICIAL LA Balsa

FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del estudiante: _____ **Curso:** _____

Edad: _____

Nombre de los padres:

Teléfonos de contacto

Entidad de salud a la cual está afiliado el estudiante: _____

El estudiante cuenta con seguro escolar? SI _____ NO _____

Enfermedades actuales o padecidas por el estudiante: _____

Continúa al respaldo.

El estudiante toma algún tipo de medicamentos? SI_____ NO_____

Cuáles? _____

El estudiante ha presentado o es alérgico algún medicamento? SI_____ NO_____ Cuál:_____

Tipo de sangre: _____

El estudiante sabe nadar? SI_____ NO_____

En caso de emergencia avisar a:

NOMBRE

TELÉFONOS DE CONTACTO

Firma de los padres y/o acudientes:
