



CUESTIONARIO DE SALUD

CONFIDENCIAL

Estimados Padres:

Por favor completen este formulario y devuélvanlo a la Secretaria Académica para el archivo de su hijo/a. Esta información nos permitirá brindar un mejor cuidado a su hijo/a.

Apellido: _____

Nombre: _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: Edad: _____ Sexo: _____
Día Mes Año

EN CASO DE EMERGENCIA, y que no se pudiera localizar a los padres, llamar a:

Nombre: _____ Teléfonos: _____

EN CASO DE EMERGENCIA EXTREMA, CUANDO EL TIEMPO NO PERMITA CONTACTAR CON LOS PADRES U OTRO FAMILIAR, EL COLEGIO ENVIARA A SU HIJO AL HOSPITAL BAUTISTA PARA RECIBIR ASISTENCIA INMEDIATA EN LA SALA DE EMERGENCIAS. EL HOSPITAL ESTA UBICADO EN AVDA. REP. ARGENTINA ESQ. CAMPOS CERVERA, NUMERO TELEFONICO 600-171

Se encuentra su hijo en buenas condiciones de salud como para realizar Educación Física y deportes? Si No

En caso de respuesta negativa, explique: _____

◆ ¿Le han recetado anteojos? Si No

◆ ¿Debe usarlos todo el tiempo? Si No

◆ ¿Sufre su hijo de alergias? Si No

Si es así, por favor especifique: _____

¿Esta su hijo tomando algún medicamento o bajo algún tratamiento? Si No

Si es así, ¿Qué medicamento? _____

¿Con que finalidad? _____

Nombre del Pediatra o Médico de Familia: _____

Teléfono, RM, Celular: _____

Por favor provea al colegio cualquier otra información relacionada con el bienestar de su hijo/a que el colegio debiera estar al tanto para brindarle un seguro y exitoso ambiente de aprendizaje:

Nota Especial: Es un requisito del colegio presentar un permiso de los padres para que el personal del colegio pueda administrar a su hijo/a algún tipo de medicamento. Su firma en la porción inferior nos otorga dicho permiso.

Padre

____/____/____
Fecha

Madre