



Alumno(a) _____ EPS a la que está afiliado _____

Fecha de Nacimiento _____ Grupo Sanguíneo _____

Nombre Completo del Padre _____

Nombre Completo de la Madre _____

Nombre del Pediatra _____ Teléfonos _____

Nombre y teléfono del acudiente en caso de emergencia (persona diferente a los Padres)

ANTECEDENTES PERSONALES

Alérgicos _____

Tóxicos _____

Traumáticos _____

Patológicos _____

Quirúrgicos _____

Hospitalarios _____

Si toma medicamentos permanentes, escriba el nombre, la dosis y adjunte fórmula médica:

Contraindicaciones _____

Recomendaciones especiales _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes _____

Convulsiones _____

Asma _____

Enfermedades Cardiacas _____

Cáncer _____

Otras Enfermedades _____

ESQUEMA DE VACUNACION VIGENTE A LA FECHA

BCG _____ Neumococo _____

DPT _____ Varicela _____

Polio _____

Tripleviral _____ Otras _____

Hepatitis A _____

Hepatitis B _____

Favor leer y firmar al respaldo ➔

PARA FIRMA DE LOS PADRES

Nosotros _____ y
_____ en calidad de padres
del(a) menor _____,
por medio de este documento aceptamos haber consignado en esta ficha médica
y adjuntado toda la información veraz y actualizada relacionada con el estado de
salud de nuestro hijo(a), debidamente certificada por el médico firmante y aceptamos
la política de suministro de medicamentos establecida por CENTRO INFANTIL TOY FELIZ,
en razón de la cual el Jardín solo suministrará medicamentos a los niños cuando éstos
sean recetados por el pediatra y se haya entregado a la profesora la receta médica
correspondiente. Igualmente, en caso que el CENTRO INFANTIL TOY FELIZ llegase a
solicitar los servicios de primeros auxilios y/o ambulancia, aceptamos que el médico
que evalúe al niño(a), le suministre los medicamentos que, para atender la
emergencia, considere necesarios.

Fecha _____ de 20 _____

Firma del Padre

Firma de la Madre