



Historia médica del alumno

Nombre del alumno@_____

Sexo: Femenino_____ Masculino _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

En caso de Emergencia avisar a:

Teléfonos:

Correo Electrónico:

Enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

Mencione Alergias que padece:

Grupo Sanguíneo:

Lateralidad: _____

Recomendaciones Especiales:

Medicación Actual Prescrita:



¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE LA RESPUESTA (X)	SI	NO
Sobrepeso u Obesidad		
Enfermedades del corazón		
Bronquitis		
Hemorragias		
Epilepsia (Ataques,		
convulsiones)		
Fiebre Reumática		

Cáncer		
Diabetes (azúcar en sangre		
Amigdalitis (anginas)		
Anemia		
Hepatitis		
Neoplasia (tumores)		
¿Otras enfermedades crónicas? Especificar		

EN CASO DE QUE PRESENTE FIEBRE FAVOR DE SUMINISTRAR: (MARQUE)

MOTIV _____ TEMPRA _____

DOSIS _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

My Jumpys Daycare & Preschool NO SUMINISTRARÁ NINGÚN OTRO TIPO DE MEDICAMENTO A EXCEPCIÓN DE LOS DE CONTROL DE FIEBRE, AUTORIZO Y ESTOY CONSCIENTE DE QUE EN EL CASO DE ALGUNA EMERGENCIA My Jumpys Daycare & Preschool TOMARÁ LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL PROTOCOLO QUE SE CONSIDERE, Y QUE EN CASO DE SER NECESARIO LLEVARÁN A MI HIJO AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

FIRMA DE LOS PADRES

FAVOR DE ADJUNTAR COPIA DE CREDENCIAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOA PARTICULAR. (EN CASO DE CONTAR CON EL)