



FICHA DE DATOS PERSONALES

ESCUELA _____ TURNO _____ GRADO _____ DIVISIÓN _____

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DIRECCIÓN: _____

Tel.: _____ D.N.I. _____

¿DONDE DESEA SER INTERNADO EN CASO DE NECESIDAD?

1) _____

2) _____

3) _____

MÉDICO DE CABECERA _____

ALERGIAS - SI - NO - ¿A QUÉ? _____

INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS _____

ASMA - SI - NO EPILEPSIA SI - NO BRONCO ESPASMO SI - NO

OTRAS ENFERMEDADES: _____

¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO? SI - NO ¿QUE MEDICACIÓN USA? _____

ACEPTA QUE SE MEDIQUE O SE SUTURE EN CASO DE NECESIDAD - SI - NO

GRUPO SANGUÍNEO: _____

EN CASO DE URGENCIA AVISARA: _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ Tel.: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN PADRE O TUTOR _____