

FICHA DE INSCRIPCION

DATOS DEL NIÑO:

- Apellidos y Nombres:.....
- D.N.I:.....
- Fecha de Nacimiento:.....

DATOS DE LA MADRE:

- Apellidos y Nombres:.....
- D.N.I:.....
- Domicilio:.....
- Teléfonos:.....
- Lugar de Trabajo:.....Teléfono:.....
- Horario que cumple:.....

DATOS DEL PADRE:

- Apellidos y Nombres:.....
- D.N.I:.....
- Domicilio:.....
- Teléfonos:.....
- Lugar de Trabajo:.....Teléfono:.....
- Horario que cumple:.....

FAMILIAR SUSTITUTO:

- Apellidos y Nombres:.....
- D.N.I:.....
- Domicilio:.....
- Parentesco:.....
- Teléfonos:.....
- Lugar de Trabajo:.....Teléfono:.....
- Horario que cumple:.....

FAMILIAR SUSTITUTO:

- Apellidos y Nombres:.....
- D.N.I:.....
- Domicilio:.....
- Parentesco:.....
- Teléfonos:.....
- Lugar de Trabajo:.....Teléfono:.....
- Horario que cumple:.....

FAMILIAR SUSTITUTO:

- Apellidos y Nombres:.....
- D.N.I:.....
- Domicilio:.....
- Parentesco:.....
- Teléfonos:.....
- Lugar de Trabajo:.....Teléfono:.....
- Horario que cumple:.....

FICHA MÉDICA

NOMBRE DEL ALUMNO:.....

D.N.I:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....EDAD:.....

DOMICILIO:.....

SALA:.....TURNO:.....

MEDICO DE CABECERA:.....

ALERGIAS: SI - NO

EPILEPSIA: SI - NO

ASMA: SI - NO

BRONCOESPASMO: SI - NO

TOLERANCIA A LOS

MEDICAMENTOS:.....

QUE ENFERMEDADES PADECIO:.....

TUVO FIEBRES ALTAS:.....

CONTRAJO COVID-19: SI - NO

TUVO DESMAYOS, CONVULSIONES, TRAUMATISMOS, ETC.:.....

TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES DE ALGUNA ENFERMEDAD:.....

ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO: SI - NO QUE MEDICACION USA:.....

ACEPTA QUE SE LE ATIENDA EN CASO DE URGENCIA (SERV. 107 / CAPS): SI - NO

TALLA: PESO:

GRUPO SANGUINEO:

EN CASO DE EMERGENCIAS AVISAR A:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

TELEFONO:.....DOMICILIO:.....

EL NIÑO/A QUE SE ENCUENTRE CON ALGUN PROBLEMA DE SALUD, **DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MEDICO Y ES OBLIGATORIO EL ALTA MEDICA.**

EL JARDIN NO SE HACE RESPONSABLE SI EL NIÑO/A PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O TRATAMIENTO Y NO ES NOTIFICADO A ESTA INSTITUCION CON SU CORRESPONDIENTE **HISTORIA CLINICA.**

.....

FIRMA DEL TUTOR

.....

SELLO Y FIRMA DEL PEDIATRA