



London School  
EST. 1977

### DATOS GENERALES Y ANTECEDENTES MÉDICOS 2022-2023

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_ Fecha de la última vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Se ha aplicado el suero antialacránico \_\_\_\_\_

Cuidados especiales: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

	SI	NO		SI	NO
Convulsiones			Problema auditivo		
Problema visual			Mareos		
Golpes fuertes			Dolores de cabeza		
Asma			Toma medicamentos		
Desmayos					

En caso de ser afirmativa su respuesta, favor de explicar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recomendaciones a la escuela:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La Escuela cuenta con un botiquín para heridas y malestares leves. En caso de emergencia se llevará al alumno al Hospital con el que se tiene convenio y se avisará inmediatamente a los padres. En caso de que éstos no se encuentren avisar a: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LOS PADRES:**

\_\_\_\_\_