

Rubéola SI NO Asma SI NO
Paperas SI NO ¿otra? ¿Cuál?

¿Tipo de medicación que esta utilizando?.....

Traumatismo de cráneo SI NO Fracturas SI NO
Epilepsia SI NO Disritmias SI NO
Intervenciones quirúrgicas SI NO

¿Cual/es?.....

Lesiones deportivas SI NO

¿Cuál/es?.....

ALERGIAS

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta y en caso de contestar SI indique
¿a que es alérgico)

Alimentos SI NO

¿Cuál/es?.....

Medicamentos SI NO

¿Cuál/es?.....

Picaduras de insectos SI NO

¿Cuál/es?.....

Otras SI NO

¿Cuál/es?.....

Con pérdida de conocimiento SI NO

¿Padece alguna enfermedad en la actualidad? SI NO

¿Cuál/es?.....

¿Está medicado?

SI NO

Medicamento:.....

Dosis:.....

Horarios:.....

.....

Firma de la madre/padre o tutor

.....

Firma del madre/ padre o tutor

.....

Aclaración de firma

.....

Aclaración de firma

.....

Tipo y Número de documento

.....

Tipo y Número de documento

.....

Firma del Médico Pediatra

.....

Aclaración de firma

Nº de Matrícula