



Antecedentes del Niño

Ficha Medica



Antecedentes Personales:

Nombre : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cedula de Identidad: _____

Dirección : _____

Telefono(s) : _____

Antecedentes de Salud:

Enfermedades Habidas (Marque con una X sí a contraído)

_____ Sarampión

_____ Peste Cristal

_____ Alfombrilla

_____ Paperas

Otras

Operaciones: _____ Sí _____ No

Cuales _____

Alergico a: _____

En caso de Emergencia avisar a: _____

Fono(s) _____



*“De la boca de los niños y de los que maman, fundaste la
fortaleza.....salmo 8:2”*

Datos de los Padres o Apoderado

Nombre del Padre: _____

Edad : _____

Profesion u Oficio : _____

Dirección : _____

Telfono : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Madre: _____

Edad : _____

Profesion u Oficio : _____

Dirección : _____

Telfono : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo veo a mi hijo (a) con habilidades (Ej: Pintar,Dibujar,etc)

Para _____

y sus aptitudes son: _____

Datos del Apoderado

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Autorización del Apoderado en caso de Emergencia

Yo _____ autorizo a
intervenir en caso de emergencia a mi pupilo(a) _____

Según la necesidad del Momento. Previo aviso a sus padres.

Firma del Apoderado