|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LICEO DEL SUR.A.C.** | | | | | | | |
| **FICHA DE INFORMACIÓN MEDICA.** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **DATOS GENERALES** | | | | | | | |
| **NOMBRE (S)** | **APELLIDO PATERNO** | | | | **APELLIDO MATERNO** | | |
|  |  | | | |  | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **SEXO** | | | | **EDAD** | **PESO** | **TALLA** |
|  | **M** | | | **F** |  |  |  |
| **NOMBRE DEL PADRE** | **TELÉFONO CELULAR** | | | | **TELÉFONO DE CASA** | | |
|  |  | | | |  | | |
| **NOMBRE DE LA MADRE** | **TELÉFONO CELULAR** | | | | **TELÉFONO DE CASA** | | |
|  |  | | | |  | | |
| **EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES O TUTORES ESCRIBE EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE AUTORIZAN PARA COMUNICARNOS EN CASO DE EMERGENCIA** | | | | | | | |
|
| **NOMBRE** | **PARENTESCO** | | | | **TELÉFONO DE CASA O CELULAR.** | | |
|  |  | | | |  | | |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS** | | | | | | | |
| **OPERACIONES** | **SI** | **NO** | | **INDICAR SI TIENE ALGUNA RECOMENDACIÓN MÉDICA.** | | | |
|  |  |  | |  | | | |
|  |  |  | |  | | | |
| **ACCIDENTES O LESIONES** | **SI** | **NO** | |  | | | |
|  |  |  | |  | | | |
|  |  |  | |  | | | |
| **DEFICIENCIAS** | **SI** | **NO** | |  | | | |
| **AUDITIVA** |  |  | |  | | | |
| **VISUAL** |  |  | |  | | | |
| **OTRAS** |  |  | |  | | | |
| **TOMA ALGÚN MEDICAMENTO** | **SI** | **NO** | | **EN CASO DE SER NECESARIO TOMARLO EN EL COLEGIO INDIQUE DOSIS Y ADJUNTE INFORME MÉDICO.** | | | |
|  |  |  | |  | | | |
|  |  |  | |  | | | |
| **AUTORIZO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CON EL ÚNICO FIN DE LA PREVENCIÓN DE ALGÚN ACCIDENTE DURANTE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS Y PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MI HIJO O HIJA.** | | | | | | | |
| **FIRMA DEL PADRE O TUTOR** | | | **FIRMA DEL ALUMNO** | | | | |
|  | | |  | | | | |