INSTITUTO ROUGIER A.C.
Amar al Espíritu Santo y Hacerlo Amar.

FICHA MÉDICA ESCOLAR

Fecha: ____ / ____ / ____
DIA MES AÑO

DATOS GENERALES

Nombre del alumno: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

Grado escolar: _____ Sección: _____

NEONATAL

Al nacer presentó alguna alteración como dificultad para respirar, ictericia (color amarillo) cianosis (color morado) convulsiones, hemorragia u otra: _____

_____

DATOS SOMÁTICOS

Enfermedades específicas que haya padecido: _____

_____

Enfermedades que padece: _____

Medicamentos que toma: _____

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos u otros): _____

_____

Uso de lentes, aparato auditivo u ortopédico: _____

DATOS DE INTERES QUE DEBA CONOCER EL COLEGIO

_____

_____

_____

_____
Nombre y firma del padre o tutor

Dr. Horacio Díaz No. 69, Col. Zaragoza. C.P. 91910 Veracruz, Ver. Tel.: 937.38.56
Preescolar: Washington No. 70 entre Balboa y Garzón Cossa, Fracc. Reforma, Veracruz, Ver. Tel.: 937.43.29
E.mail: administracion@rougier.edu.mx