



Formulario Médico

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Curso: _____

1. Información neo-natal:

Embarazo: normal _____ Alto riesgo _____ Otras condiciones _____

Nacimiento: Natural _____ Cesárea _____ A término _____ Prematuro _____

Problemas en el desarrollo del habla: (Si) (No). Especifique: _____

Problemas en el desarrollo motor: (Si) (No). Especifique: _____

Problemas en el desarrollo auditivo: (Si) (No). Especifique: _____

2. Enfermedades precedentes de la niñez:

Amigdalitis (Si) (No)

Enfermedades

Paperas (Si) (No)

Asma (Si) (No)

Cardiacas (Si) (No)

Rubéola (Si) (No)

Diabetes (Si) (No)

Hepatitis A (Si) (No)

Sarampión (Si) (No)

Epilepsia (Si) (No)

Meningitis (Si) (No)

Varicela (Si) (No)

Alergias Si) (No)

Especifique: _____

3. Record de vacunas

Polio _____

Tétano _____

Sarampión _____

Hepatitis A _____

Hepatitis B _____

Rota virus _____

Neumococo _____

Otras:

_____.

4. Datos oftalmológicos

Antecedentes de enfermedades oftalmológicas:

_____.

Usa lentes? (Si) (No) Edad primeros lentes:_____ Años de uso:_____.

Motivo: _____.

5. Medicamentos

Toma algún medicamento de forma permanente?

Nombre del medicamento y dosis:

_____.

.

6. Datos del pediatra:

Nombre: _____

Consultorio: _____ Cel. _____

7. Otras Informaciones:

¿Cómo es su hábito alimenticio?

¿Cómo es su ritmo de sueño?

¿Ha tenido accidentes? (Si) (No) Explique.

¿Ha tenido algunas enfermedades graves? (Si) (No) Explique.

¿Existe alguna situación en la vida del niño/a que haya influido en su estado emocional) (Si) (No) Explique.

¿Ha recibido ayuda psicológica anterior o actualmente por motivos académicos o personales? (Si) (No) Explique. (Nombrar terapeuta, pruebas).

¿Ha sufrido alguien en la familia enfermedades graves (físicas, mentales)? (Si)
(No) Explique.

Nota Importante: Para suministrar un medicamento en el **CPO** los padres deben enviar una copia de la indicación médica (nombre de medicamento, dosis y hora) y la autorización del padre/Madre/Tutor, autorizando al centro suministrar dicho medicamento. De no ser así, no será suministrado el medicamento.

Firma _____ Ced: _____