



## ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD: ..... PESO: ..... ALTURA: .....

CALENDARIO VACUNAL AL DIA:

SI

NO

ENFERMEDADES ANTERIORES/ANTECEDENTES MÉDICOS:

SI

NO

INDIQUE CÚAL:.....

.....

SECUELAS:  SI  NO

En caso de afirmación cuáles:

.....

ENFERMEDADES CRÓNICAS:	SI	NO	TRATAMIENTO MÉDICO (Adjuntar copia de informe médico)
DIABETES			
ENF. CELIACA			
ASMA			
OTRAS (CUAL):			

ALERGIAS	SI	NO	INDICAR AGENTE CAUSANTE (Adjuntar copia de informe médico)
ALIMENTARIAS			
MEDICAMENTOSAS			
RESPIRATORIAS			
CONTACTO			
INTOLERANCIAS			
OTRAS			

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

	SI	NO	INDICAR CUAL
OPERACIONES			
ACCIDENTES			

### DEFICIENCIAS:

	SI	NO	INDICAR CUAL
AUDITIVAS			
VISUALES			
OTRAS			

### SU HIJO, ¿toma medicación habitualmente?

SI	NO	CUAL	En caso de ser necesario tomarlo en el colegio indique dosis, pauta...y adjunte informe médico.