

República Bolivariana de Venezuela
Unidad Educativa Instituto los Próceres
CODIGO: S-0164D0503
Maracay – Estado Aragua

HISTORIAL MÉDICA DEL ALUMNO

FECHA: _____/_____/_____

ALUMNO:

Nombre y Apellido: _____

Cedula: _____ fecha de nacimiento: _____ edad: _____

Grado _____ Sección _____

REPRESENTANTE:

Nombre y Apellido: _____

Cedula: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

INFORMACION:

Sufre su representado de alguna enfermedad como: _____, _____,
_____, _____, otro _____

Actualmente está en tratamiento con alguna de ellas, especifique: _____

Es alérgico algún tipo de Medicamento señale: _____

En caso de que su representado presente alguna enfermedad y deba ser atendido de emergencia, ud. autoriza el suministro de medicamento con dosis calculada por su peso:

ACETAMINOFEN: Si ___ No ___ IBUPROFENO: Si ___ NO ___ LORATADINA: Si ___ No ___

Para notificar en caso de emergencia y no responda el representante, indique 3 nombres de familiares o personas cercanas a quien se pueda contactar:

1) Nombre y apellido: _____ cédula: _____

Teléfono _____ Parentesco _____

2) Nombre y apellido: _____ cédula: _____

Teléfono _____ Parentesco: _____

3) Nombre y apellido: _____ cédula: _____

Teléfono _____ Parentesco: _____

Firma, cédula, huella del representante para tener validez de la misma.