



UPDATED FAMILY INFORMATION OF FORMER STUDENTS

ACTUALIZACIÓN DE DATOS FAMILIARES ESTUDIANTES ANTIGU@S

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

BARRIO: _____

TELÉFONO FIJO DE FÁCIL CONTACTO: _____

TELÉFONO MÓVIL DE FÁCIL CONTACTO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

VINE CON EL NIÑO(A): SI ____ NO ____

PROFESIÓN: _____

ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

VINE CON EL NIÑO(A): SI ____ NO ____

PROFESIÓN: _____

ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: _____

CORREO PARA ENVIÓ DE FACTURA ELECTRÓNICA: _____

NOMBRE DEL PAGADOR: _____

NÚMERO DE CEDULA DEL PAGADOR: _____

REGISTRO DE SALUD JARDÍN INFANTIL CASITA DEL SOL

El presente Registro Médico Escolar tiene el objeto de actualizar anualmente el estado de salud del/la estudiante; en cuanto a su información clínica más importante. Por lo tanto debe contestar sin omisión y diligenciar todos los campos. La información suministrada es confidencial y para uso exclusivo de la institución educativa. Agradecemos su valiosa participación en beneficio de la salud de su representado/a.

Fecha:

--	--	--

Nombre del/la estudiantes:		Grado:	
Número de documento:	Fecha de nacimiento:		
Dirección:	Teléfono:		
Nombre del acudiente:	Parentesco:		
Teléfonos de emergencias:			
EPS	Grupo de sanguíneo:		

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades del sistema Osteomuscular: lumbago, lumbociática, artrosis, fracturas, hernia, escoliosis, displasia o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.		
NO	SI	Especifique cual:
Enfermedades del sistema respiratorio: asma, neumonía, alergias respiratorias, sinusitis, problemas a la faringe o laringe, tráquea, bronquios, pulmones o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio.		
NO	SI	Especifique cual:
Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: enfermedad coronaria, soplos al corazón, arritmias (palpitaciones), cardiopatías congénitas o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.		
NO	SI	Especifique cual:
Enfermedades del sistema nervioso: quistes, hidrocefalia, TEC, epilepsia, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.		
NO	SI	Especifique cual:
Enfermedades del oído, nariz y garganta: otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o de cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.		
NO	SI	Especifique cual:
Enfermedades de la sangre: anemia, alteraciones de la coagulación, o cualquier otra enfermedad de la sangre.		
NO	SI	Especifique cual:

Enfermedades endocrinas, nutricionistas y metabólicas: hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

NO SI Especifique cual:

Traumatismos, accidentes y quemaduras: indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando deformidad adquirida, TEC, fracturas.

NO SI Especifique cual:

Alergias: alimentarias, medicamentosas, respiratorias, contacto, intolerancias, otras.

NO SI Especifique cual:

Antecedentes quirúrgicos: operaciones y/o accidentes.

NO SI Especifique cual:

Indique si existe alguna otra enfermedad o lesión

NO SI Especifique cual:

Indique si existe alguna necesidad educativa especial

NO SI Especifique cual:

Indique si el estudiante toma algún medicamento bajo prescripción medica

NO SI Especifique cual y para que

Deficiencias: NO SI Especifique cual:

Auditivas

Visuales

Otras

El estudiante se encuentra en: Terapia Psicológica ☐

terapia Psiquiátrica ☐

Otra: _____

SITUACIONES ESPECIALES

Yo _____ representante legal del/la estudiante
_____ autorizo en caso de emergencia y en mi ausencia trasladar al/
la menor al Centro de Salud más cercano con estos antecedentes para el personal médico, los
cuales aportan datos de salud del niño/a para que pueda recibir los cuidados requeridos según su
estado de salud.

*Es responsabilidad de los padres de familia mantener datos personales (teléfonos, dirección,
nombre del acudiente) y antecedentes médicos actualizados.*

Aviso: Los datos consignados en este registro de salud son enteramente responsabilidad de los padres y/o
acudientes de l@s estudiantes, por lo que en caso de no consignarlos, no actualizarlos u omitirlos, el Jardín
Infantil no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.

Firma del padre/madre o acudiente del/la estudiante.

Cedula: _____