

## 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: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

VINE CON EL NIÑO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD LABORAL QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVIÓ DE FACTURA: \_\_\_\_\_

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**

<b>Enfermedades del sistema Osteomuscular:</b> 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:
<b>Enfermedades del sistema respiratorio:</b> 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:
<b>Enfermedades del corazón y sistema circulatorio:</b> enfermedad coronaria, soplos al corazón, arritmias (palpitaciones), cardiopatías congénitas o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.		
NO	SI	Especifique cual:
<b>Enfermedades del sistema nervioso:</b> 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:
<b>Enfermedades del oído, nariz y garganta:</b> otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o de cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.		
NO	SI	Especifique cual:
<b>Enfermedades de la sangre:</b> anemia, alteraciones de la coagulación, o cualquier otra enfermedad de la sangre.		
NO	SI	Especifique cual:

<b>Enfermedades endocrinas, nutricionistas y metabólicas:</b> 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:	
<b>Traumatismos, accidentes y quemaduras:</b> indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando deformidad adquirida, TEC, fracturas.			
NO	SI	Especifique cual:	
<b>Alergias:</b> alimentarias, medicamentosas, respiratorias, contacto, intolerancias, otras.			
NO	SI	Especifique cual:	
<b>Antecedentes quirúrgicos:</b> operaciones y/o accidentes.			
NO	SI	Especifique cual:	
<b>Indique si existe alguna otra enfermedad o lesión</b>			
NO	SI	Especifique cual:	
<b>Indique si existe alguna necesidad educativa especial</b>			
NO	SI	Especifique cual:	
<b>Indique si el estudiante toma algún medicamento bajo prescripción medica</b>			
NO	SI	Especifique cual y para que	
<b>Deficiencias:</b>	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: \_\_\_\_\_