



U.E. NUESTRA SEÑORA DE LOURDES  
Inscrita en el M.P.P.E. S0136D0321  
PUERTO LA CRUZ - EDO. ANZOÁTEGUI



## FICHA DE ENFERMERIA

### DATOS DEL ALUMNO

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: Día:  Mes:  Año:  Edad: \_\_\_\_\_



Teléfonos  
celulares: \_\_\_\_\_



Teléfonos  
fijos CANTV: \_\_\_\_\_

Nombre de Representante: \_\_\_\_\_



Dirección: \_\_\_\_\_



Nombre de familiar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_



Telfs: \_\_\_\_\_

¿El niño presenta alguna dificultad  
para la realización de Educación Física?

Si  No

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

En Caso afirmativo se le agradece anexar el informe médico correspondiente.

¿El niño es alérgico a  
algún medicamento?

Si  No

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los tipos de alimentos o dulces  
que puedan causar alergias al niño?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Señale que medicamento y en qué cantidad  
se le puede administrar al niño en caso de:

Caso	Medicamento	Cantidad
Fiebre:		
Vomito:		
Dolor:		
Diarrea:		
Dolor de oído:		
Alergia:		

Otro: \_\_\_\_\_

¿Padece de alguna enfermedad?

Si  No

Nombre del medicamento administrado: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Vía: \_\_\_\_\_



Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿El niño está vacunado contra el COVID 19?

1era dosis

Si  No

2da dosis

Si  No

Refuerzo

Si  No

Firma del Representante \_\_\_\_\_

**Nota: Agradecemos llenar todos los datos.  
No se aceptarán planillas incompletas.**

Puerto La Cruz \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_