



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____