

Foto

## 1. DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

Apellidos \_\_\_\_\_  
Nombres \_\_\_\_\_  
Fecha y lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Tipo de  
Sangre \_\_\_\_\_

## 2. DATOS FAMILIARES DEL NIÑO/A

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Tel. Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Of. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_  
Nacionalidad \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Tel. Casa \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Of. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
Tipo de Sangre \_\_\_\_\_

Los padres se encuentran actualmente: Casados \_\_\_ Separados \_\_\_ Divorciados \_\_\_

El niño/a vive con \_\_\_\_\_

La familia esta compuesta por \_\_\_\_\_ integrantes:

1. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
2. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
3. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
4. Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

### 3. DATOS ACADÉMICOS

Institución académica a la que ha asistido el niño/a anteriormente:

Nombre \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

Como llego a nosotros?

\_\_\_\_\_ Que valores y habilidades deben, a su juicio, afianzarse en la educación del niño/a?

\_\_\_\_\_ Le parece adecuado nuestro plantel? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Sugerencias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Realiza el niño/a alguna actividad vespertina? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

La personas autorizadas para recoger

a \_\_\_\_\_,

Son las siguientes:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Cedula \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Cedula \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. DATOS MÉDICOS

Alergias \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Epilepsias \_\_\_\_\_

Convulsiona el niño/a en alguna situación? \_\_\_\_\_

Se ha sometido a algún tipo de operación? \_\_\_\_\_

Notas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cuáles de estas enfermedades ha padecido?

Sarampión \_\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_ Viruela \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Nombre del

Pediatra \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Consultorio \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FICHA DE EMERGENCIA

En caso de emergencia llamar a:

1. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

Si usted lo aprueba, en caso de fiebre suministraremos al niño/a medicamentos para la misma:

Winasorb Gotas Pediátricas Si \_\_\_ No \_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Winasorb Jarabe Si \_\_\_  
No \_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

\* Se le suministra medicina para la fiebre para evitar que siga subiendo, sin embargo, se le avisará de la situación y el niño/a tendrá que ser recogido de inmediato.

