



Hoja de Enfermería

Nombre del estudiante:

Género:

Fecha de Nacimiento:

F M

Nombre del doctor:

Grado:

Clínica: Teléfonos:

Dirección:

Datos de la Madre

Nombre de la madre: Tel. celular:

Tel. residencia: Tel. oficina:

Datos del Padre

Nombre del padre: Tel. celular:

Tel. residencia: Tel. oficina:

Contactos de Emergencia (En caso de no contactar a los padres)

Contacto 1:

Nombre: Tel. celular:

Tel. residencia: Tel. oficina:

Contacto 2:

Nombre: Tel. celular:

Tel. residencia: Tel. oficina:

¿Padece de alguna enfermedad crónica?

Favor especificar. _____

¿Tiene algún problema físico o mental que podría influir en su progreso académico?

Si es así, favor completar la siguiente sección.

Áreas de Salud de Interés

Por favor, marque con una X las áreas de problema.

Asma Bronquitis Diabetes Hiperactividad Epilepsia

Problemas de corazón Infecciones de la garganta Sangrado de nariz Infecciones del oído Mareos

Problemas del estómago Afecciones cutáneas Problemas de la vista Problemas renales

¿Toma algún medicamento de forma regular? Sí No

En caso afirmativo, favor completar la información del medicamento:

Nombre del medicamento: Dosis:

Indicado para (enfermedad): Especificaciones:

¿Sufre alguna condición alérgica? Sí No

En caso afirmativo, favor completar la siguiente información:

Alergias a: Medicamentos:

Comidas: Animales/insectos:

Otros: _____

Por favor mencione cualquier información que considere relevante para la enfermera o el profesor:
