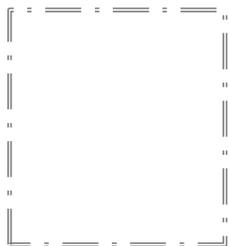


## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COLEGIO INTEGRAL



### DATOS DEL NIÑO (A)

*Nombre y apellido				Sexo	
*Fecha de Nacimiento				Edad	
Dirección				Cedula	
*Telefono de contacto		Celular		Tel. Casa	

### ACUDIENTE

*Nombre y apellido				Cedula	
Ocupación		Empresa		Estado Civil	
Email				Teléfono	
	Horario de trabajo				
		Correo			

### CONTACTO DE EMERGENCIA

*Apellido y Nombre				Cedula	
Ocupación		Empresa		Estado Civil	
Email				Teléfono	
	Horario de trabajo				
		Correo			

### AUTORIZADOS PARA RETIRAR AL NIÑO (A)

*Apellido y Nombre			Cedula		Parentesco	
*Apellido y Nombre			Cedula		Parentesco	

**Nota:** Se debe adjuntar a este documento el certificado de nacimiento, copia de tarjeta de vacuna, copia de cedula de los padres y personas responsables en retirar al niño (a).

### INFORMACION DE COLEGIO

Colegio	Años cursados	Creditos	
		Si	No

**HISTORIAL CLINICO DEL INFANTE**

\*\*\*SE REALIZO EVALUACION PSICOLOGICA DE PRE-INGRESO

SI	NO

1. Condiciones del niño(a) al nacer

- a. Embarazo controlado Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 b. Presentó problemas durante el embarazo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Cuál? \_\_\_\_\_  
 c. Tuvo parto prematuro? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Vacunación: Completa \_\_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_\_

3. Tipo de sangre \_\_\_\_\_

4. Peso \_\_\_\_\_

5. Talla \_\_\_\_\_

6. Control Médico: Centro de Salud \_\_\_\_\_ CSS \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

7. Alergías en el Niño (a)

- |               |     |     |
|---------------|-----|-----|
| a. Asmático   | Si: | No: |
| b. Penicilina | Si: | No: |
| c. Marisco    | Si: | No: |
| d. Yodo       | Si: | No: |
| e. Sulfa      | Si: | No: |
| f. Merthilate | Si: | No: |

- |             |     |     |
|-------------|-----|-----|
| g. Aspirina | Si: | No: |
| h. Cítricos | Si: | No: |
| i. Lactosa  | Si: | No: |
| j. Otras    | Si: | No: |

8. Enfermedades comunes ocurridas:

- |                     |  |
|---------------------|--|
| a. Asma             |  |
| b. Rubeola (pelusa) |  |
| c. Papera           |  |
| d. Sarampión        |  |
| e. Varicela         |  |

- |                 |  |
|-----------------|--|
| f. Convulsiones |  |
| g. Tosferina    |  |
| h. Hepatitis    |  |
| i. Amebiasis    |  |
| j. Meningitis   |  |
| K. Corona Virus |  |

9. Operaciones Efectuadas:

- |                |  |
|----------------|--|
| a. Apendicitis |  |
| b. Amígdalas   |  |
| c. Adenoides   |  |
| d. Hernia      |  |
| e. Otras       |  |

Sufre de alguna condición Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Detalle la misma


Presento informe Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

10. Accidentes Sufridos: \_\_\_\_\_

11. Firma del Acudiente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_