

Ficha de Información médica

Nombre del alumno: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Contestar la siguiente información:

Datos generales	
Fecha de Nacimiento:	Grupo sanguíneo:
Alergias: No () Si () Especificar:	
Fecha de la última desparasitación:	
Dieta	
Alergia a alguno alimento: No () Si () Especificar:	
Intolerante a la lactosa: No () Si ()	
Mencione alimentos que no consuma el alumno en caso de haberlos:	

Nombre de Padre de Familia o Tutor:

Teléfono de emergencia: _____

Firma