

INSTITUTO TECNOLÓGICO BARÚ – HOJA DE ENFERMERÍA

FOTO CARNET

Estudiante: _____ Nivel: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha: __ de _____ de _____

Cédula ó Pasaporte N. _____ Sexo: F ___ M ___

Tipo de Sangre: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Alergias: _____, _____, _____, _____

Nombre de Medicamentos que utiliza y la dosis _____

_____ (sólo como información – NO administramos medicamentos).

Enfermedades que ha padecido: _____

Si tiene alguna dolencia física, especifique: _____

Nombre del Pediatra: _____ Tels. _____, _____

En caso de Urgencia llamar a: _____ Tels. _____, _____

ó a: _____ Tels. _____, _____.

Autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) para retirar a mi Acudido(a):

_____ CIP ó Pasaporte: _____

ó a: _____ CIP ó Pasaporte: _____

Firma del Padre de Familia ó Acudiente: _____

Autorizado por el Colegio: _____