

Colegio La Salle Peñitas de León

CURSO ESCOLAR 2024-2025
DEPARTAMENTO DE SALUD
FORMATO DE ENFERMERÍA

Nombre del alumno _____

Grado _____ Grupo _____ Sección _____

Peso _____ Talla _____ Tipo de sangre _____ Alérgico a: _____

¿Padece alguna enfermedad crónica? Especifique: _____

Padece alguna enfermedad o debilidad visual: SI () No () Especifique: _____

Nombre de Madre y Padre: _____

Teléfonos: _____

En caso de Emergencia llamar a: _____

Teléfonos para emergencia _____

FAVOR DE COLOCAR MAS DE DOS NÚMEROS PARA EMERGENCIA

Con la intensión de que sus hijos sean atendidos a la brevedad en el caso de alguna enfermedad que estén padeciendo o algún síntoma de malestar que presenten por diversas causas durante su estancia en la escuela, les pedimos den su consentimiento para administrarle los **medicamentos** que usted nos indique, recomendados por su pediatra, **PRESENTANDO UNA COPIA DE SU RECETA MEDICA.**

1. Fiebre _____ Dosis _____

2. Dolor de cabeza _____ Dosis _____

3. Dolor de estómago _____ Dosis _____

4. Alergia por picadura de insecto o ingestión de alimento _____ Dosis _____

5. Otros _____ Dosis _____

6. Especifique si su hijo tiene algún padecimiento: _____

7. Especifique si su hijo tiene antecedentes de alguna cirugía: _____

Autorizo

Nombre y Firma de Madre, Padre o Tutor

Los datos del presente no serán proporcionados a persona alguna, excepto a la Autoridad que lo requiera conforme a derecho. Están protegidos con fundamento en los artículos 8, 15, 16 y 36 de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares**. Para más información puede consultar nuestro **AVISO DE PRIVACIDAD**.

CARMELITA # 401 COL. PEÑITAS LEÓN, GUANAJUATO. TELS. 477 717 - 47-42 / 477 773 - 69 70 www.lasallepenitas.edu.mx