



Since 1983

HOJA MÉDICA

FECHA: _____

NOTA:
Diligenciar un formato por cada alumno

Nombre del alumno: _____ **Curso:** _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Oficina: _____ Otro: _____

Nombre de la Madre: _____ Celular: _____

Nombre del Padre: _____ Celular: _____

Tipo de Sangre: _____ RH: Positivo ☐ Negativo ☐

Actualmente está medicado? SI ☐ NO ☐ Que droga? _____

Alérgico a : _____

NOTA: Favor traer a la oficina del colegio el medicamento requerido o instrucciones.

Nombre del médico: _____

Tels: Consultorio _____ Celular _____ Casa _____

Dirección: _____

Nombre empresa asistencia médica : _____

No. de afiliación: _____

EPS ☐ PREPAGADA ☐

En caso de urgencia autorizo llevar a mi hijo (a) a:

Clínica: _____

Otro: _____

Teléfonos de familiares, vecinos o amigos donde se pueda llamar si no se encuentran los padres:

NOMBRES

TELÉFONOS

Firma Responsable: Padre c.c. _____

Madre c.c. _____



Certificado: SC-CER314800

