



**COLEGIO HEBREO TARBUT**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
FICHA MÉDICA

Nombre del Alumno:

Sección:  Grupo:

Nombre del padre:  Celular:

Teléfono de casa:  Teléfono de trabajo:

Nombre de la madre:  Celular:

Teléfono de casa:  Teléfono de trabajo:

En caso de emergencia:   
Teléfonos:

Nombre del médico:  Celular:

Teléfono:  Teléfono 24 hrs:

¿Su hijo tiene algún padecimiento o enfermedad que requiera tratamiento?  
No  Si  ¿Cual?

¿Qué tratamiento requiere?

¿Es alérgico a algún medicamento, alimentos, animales o plantas? No  Si

¿Cual?

¿Está su hijo bajo algún tratamiento médico permanente? No  Si

¿Cual?

¿En qué dosis y con qué frecuencia?

¿Su hijo está al corriente con todas sus vacunas?

Fecha de la última vacuna de tétanos:

Información que desee agregar:

**EN CASO DE QUE SU HIJO REQUIERA TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO LES PEDIMOS LO ENVIEN EN UNA BOLSITA CERRADA CON SU NOMBRE COMPLETO Y TODAS LAS INDICACIONES (HORA, DOSIS Y ¿POR CUÁNTO TIEMPO?)**  
**Favor de informar a la enfermería cuando se presente alguna enfermedad infectocontagiosa. Les pedimos NO ENVIAR a los niños al colegio.**  
Contamos con un seguro de gastos médicos para accidentes escolares de sus hijos. la cobertura de reembolso tiene un deducible por evento, cabe mencionar que dicho seguro **se excluye** cuando el accidente es ocasionado **por riñas entre alumnos o no se da aviso inmediato a la enfermería del colegio.**

Nombre y Firma  
del padre o madre

Fecha: