



Be The Best You Can Be

### WINPENNY SCHOOL – FICHA MÉDICA 2015/6

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo (uso exclusivo del colegio) \_\_\_\_\_

|                                       |    |    |              |
|---------------------------------------|----|----|--------------|
| ¿El alumno padece alguna enfermedad?  | No | Si | Especifique: |
| ¿Padece algún tipo de alergia?        | No | Si | Especifique: |
| ¿Presenta algún tipo de discapacidad? | No | Si | Especifique: |
| ¿Requiere de algún cuidado especial?  | No | Si | Especifique: |
| ¿Tiene algún tipo de prótesis?        | No | Si | Especifique: |
| ¿Usa lentes?                          | No | Si |              |

**En caso de una emergencia y no localizar a los padres de familia, el alumno será trasladado y atendido en el Hospital ABC de Santa Fe.**

Nombre y firma del padre ó tutor: \_\_\_\_\_



Be The Best You Can Be

### WINPENNY SCHOOL – FICHA MÉDICA 2015/6

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Grupo (uso exclusivo del colegio) \_\_\_\_\_

|                                       |    |    |              |
|---------------------------------------|----|----|--------------|
| ¿El alumno padece alguna enfermedad?  | No | Si | Especifique: |
| ¿Padece algún tipo de alergia?        | No | Si | Especifique: |
| ¿Presenta algún tipo de discapacidad? | No | Si | Especifique: |
| ¿Requiere de algún cuidado especial?  | No | Si | Especifique: |
| ¿Tiene algún tipo de prótesis?        | No | Si | Especifique: |
| ¿Usa lentes?                          | No | Si |              |

**En caso de una emergencia y no localizar a los padres de familia, el alumno será trasladado y atendido en el Hospital ABC de Santa Fe.**

Nombre y firma del padre ó tutor: \_\_\_\_\_