



Información médica

Información médica

_____	_____	M F
Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Sexo
_____	(_____)	_____
Nombre del médico	Número de teléfono	
_____	_____	
Compañía de seguros	Número de póliza	

Condiciones médicas

Dependiendo de la condición, es posible que se le envíe material adicional para rellenar.

¿Su hijo tiene alguna alergia alimentaria, medicamentosa o ambiental?

¿Tiene su hijo alguna condición médica que el personal deba conocer (asma, convulsiones, etc.)?

¿Existen otras condiciones médicas/consideraciones que el personal deba conocer?

Vacunas

¿Está su hijo al día en las siguientes vacunas? Sí No

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| • Polio | • Hepatitis B |
| • Haemophilus influenzae type B | • Varicela (Chickenpox) |
| • Sarampión, paperas y rubeola (SPR) | |

¿Cuál fue la fecha de su última vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTaP)?: _____

¿Ha recibido su hijo la vacuna COVID? Sí No

En caso afirmativo, indique la fecha de cada vacuna: _____