

**FECHA DE MATRICULA**

Día Mes Año

**DATOS DEL NIÑO**

NOMBRES		APELLIDOS	
DIRECCIÓN		R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
TELF. FIJO DE CASA		TEL. FIJO DE UN FAMILIAR (AÑADIR UN NOMBRE)	
RELIGIÓN			

**DATOS FAMILIARES****DATOS DE LA MADRE**

NOMBRES		APELLIDOS	
DIRECCIÓN		CC	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
TELF. FIJO DE CASA		CELULAR	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN			
CENTRO DE TRABAJO			
E-MAIL		ESTADO CIVIL	

**DATOS DEL PADRE**

NOMBRES		APELLIDOS	
DIRECCIÓN		CC	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	
TELF. FIJO DE CASA		CELULAR	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN			
CENTRO DE TRABAJO			
E-MAIL		ESTADO CIVIL	

**DATOS DE LOS HERMANOS**

NOMBRE DE LOS HERMANOS	EDADES	COLEGIO

**DATOS ADICIONALES**

Nº PLACA MOVILIDAD		NOMBRE CONDUCTOR		TELÉFONO	
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECOGE AL NIÑO/A				TELÉFONO	
SEGURO PARTICULAR		Nº PÓLIZA		EMPRESA	
INFORMACIÓN ADICIONAL					

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE





## FICHA DE LA NIÑA O NIÑO



### Datos personales de identificación

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto en casa de emergencia: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Rh: \_\_\_\_\_ Factor Rh: \_\_\_\_\_  
¿Es alérgico , a que?: \_\_\_\_\_  
¿Padece alguna enfermedad o afección , cuál?: \_\_\_\_\_  
¿Actualmente se encuentra en tratamiento médico?: SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Toma algún Medicamento SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE INTERES

Operaciones: \_\_\_\_\_  
Traumatismos/Fracturas/Internaciones : \_\_\_\_\_  
señalar actividades que el niño o niña no puede realizar por prescripción medica: \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Nombre del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estudio y profesión de la madre: \_\_\_\_\_  
Estudio y profesión del padre: \_\_\_\_\_  
N° de hermanos \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos \_\_\_\_\_  
N° de personas que viven en el hogar familiar \_\_\_\_\_

### SITUACION FAMILIAR

☐ Vive con su padre y madre ☐ Vive con la madre ☐ Vive con el padre

### DATOS BASICOS DE SALUD . RELACIONES INTERPERSONALES

Estado general de salud: \_\_\_\_\_  
Vacunaciones: \_\_\_\_\_  
Problemas específicos: \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO MEDICO

Indicaciones y recomendaciones específicas del médico: \_\_\_\_\_

### ACTITUD RELACIONAL

Confianza \_\_\_\_\_ Timidez \_\_\_\_\_ Facilidad del trato \_\_\_\_\_

### OTRAS CONDUCTAS

Juega con otros sin problemas ☐ Juega solo ☐ Conductas específicas ☐

Declaro que los datos consignados en la presente ficha medica tienen carácter de declaración jurada y se ajusta a la realidad , asi mismo , me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor /madre/padre