



Cooperativa de Servicios Educativos  
**Abraham Lincoln Ltda.**

**FICHA MEDICA**

**Datos Personales del Niño/a**

Nombre :	Apellidos :
DNI :	Fecha de Nacimiento :
Domicilio :	
Telefono 1 :	Telefono 2 :
En caso de emergencia llamar a:	
Telefono 1 :	Telefono 2 :
Grupo Sanguineo:	Factor:
Sabe Nadar? :	

**Historia Clinica**

**Enfermedades que tiene o que es Propenso/a**

Asma :  
Bronquitis :  
Resfriado :  
Afecciones al oido :  
Afecciones de la nariz :  
Afecciones de los Ojos :  
Desmayos :  
Epilepsia :

**Es Alergico/a**

Comidas :  
Picaduras de Insecto :  
Medicamentos :  
Polvo/Polen :  
Otros :