



## FORMULARIO DEL INFORME MÉDICO

### PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR:

NOMBRE DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CÉLULAR: \_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE DE INMUNIZACIÓN O VACUNAS: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS ACTUALES: \_\_\_\_\_

### PARA SER TERMINADO POR SU MÉDICO

ALTURA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

PULSO: \_\_\_\_\_

RESPIRACIONES: \_\_\_\_\_

PRESION SANGUINEA \_\_\_\_\_

PRESIÓN: \_\_\_\_\_

EXAMENES DE  
CORAZÓN: \_\_\_\_\_

VISIÓN: \_\_\_\_\_

AUDICION: \_\_\_\_\_

ESCOLIOSIS: \_\_\_\_\_

### RESULTADOS PASADOS DE MANTOUX

POSITIVO \_\_\_\_\_ NEGATIVO \_\_\_\_\_

RADIOGRAFÍA DEL PECHO

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

TERAPIA \_\_\_\_\_

PULMONES: \_\_\_\_\_

ABDOMEN: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

NEUROLOGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA

**DIRECCION Y TELEFONO DEL MEDICO CON SELLO**