



Colegio Diocesano Padre Eladio Sancho
Temporalidades de la Iglesia Católica Diócesis de Ciudad Quesada
“Siempre adelante...”

INFORMACIÓN DE ESTUDIANTES PARA EXPEDIENTE MÉDICO DIGITAL

Complete la siguiente boleta con todos los datos que se le solicitan. No se recibirá si está incompleta. Favor entregarlo junto con la documentación de matrícula.

DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Nombre:
Primer apellido:
Segundo apellido:
Cédula:
Fecha de nacimiento:

Nombre del padre:
Número Telefónico:
Correo electrónico:

Nombre de la madre:
Número Telefónico:
Correo electrónico:

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Padece algún familiar de estas enfermedades?	
Asma ()	Hipertensión arterial ()
Anemia ()	Migraña ()
Cáncer ()	Varicela ()
Diabetes Mellitus ()	Otro ()
Hepatitis ()	
Especifique: _____.	

ANTECEDENTES PERSONALES

¿El estudiante es alérgico a medicamentos o comidas? Sí() No()
¿Cuáles?

¿Se le han realizado cirugías? Sí() No()
¿Cuáles?

¿Ha sufrido fracturas? Sí() No()
¿Dónde?

¿Toma algún medicamento? Sí() No()
¿Cuál?

Fecha aproximada de primera menstruación: / / .
¿Tiene dolores menstruales frecuentes? Sí() No()

¿Padece alguna de estas enfermedades?	
Asma ()	Hipertensión arterial ()
Anemia ()	Migraña ()
Cáncer ()	Varicela ()
Diabetes Mellitus ()	Otro ()
Hepatitis ()	
Especifique: _____.	
¿Adjunta dictamen médico correspondiente? Sí() No()	

Firma _____ Fecha: _____