



¡Fieles al Deber!

INSTITUTO TABASCO

CLAVE: 27PPR0002G

Primaria

FICHA PERSONAL DE SALUD

NOMBRE:		
GRADO:	GRUPO:	CICLO ESCOLAR:
DIRECCION:		
NOMBRE DEL PADRE:		
OCUPACION:		NO. CELULAR:
NOMBRE DE LA MADRE:		
OCUPACION:		NO. CELULAR:
TEL. DE CASA:		
Con el fin de abordar cualquier situación médica que pueda surgir con su hijo dentro de las instalaciones del Instituto, suplicamos atender con veracidad lo siguiente:		
TIPO DE SANGRE:	ENFERMEDAD CRONICA:	
Actualmente recibe tratamiento de:		
Y consiste en:		
Es alérgico(a) a:		
Está afiliado a alguna institución de salud:		¿Cuál?

Por este medio doy mi autorización para que se le aplique o suministre a mi hijo(a) medicamento para:

Dolor de cabeza Paracetamol 80mg (mejoralito)	AUTORIZO	
Dolor de estomago Pepto-bismol	SI	NO

NOTA: Si a su hijo se le administra un medicamento especial mandarlo en la mochila con copia de la receta o dejarlo en Control Escolar para su administración. Si alguna de las indicaciones cambia en el transcurso del ciclo notificarlo a Control Escolar a la brevedad.

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR