



**CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL
PERPETUO SOCORRO**

DEPARTAMENTO MÉDICO

HISTORIA CLÍNICA

Datos de Filiación

Nombres y Apellidos del Estudiante: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Nombres de los Representantes: _____

Teléfonos: Domicilio: _____ Trabajo: _____

Móvil: _____ Otro: _____

Representante afiliado al IESS: Si _____ No _____

Nombre y cédula: _____

En caso de emergencia llevar al estudiante a: _____

Antecedentes Personales

Antecedentes prenatales: _____

Enfermedades importantes: _____

Alergias: _____

Antecedentes quirúrgicos: _____

Antecedentes patológicos familiares: _____

Toma medicación continua (especifique): _____

Importante: Sírvase dejar una copia del carnet de vacunas del estudiante

