

Fecha.....
 Nombre y Apellido..... Fecha de Nacimiento.....
 Edad..... Domicilio.....
 Localidad.....Provincia.....Teléfono.....

PARA LLENAR POR LOS PADRES

Antecedentes de la infancia:

Nació de Parto Normal: SI NO
 En caso de contestar no, comente en forma resumida el problema.....

VACUNACIONES:

B.C.G.	SI	NO
TRIPLE	SI	NO
SABIN	SI	NO
ANTISARAMPIONOSA	SI	NO
DOBLE	SI	NO
REFUERZO DE ANTITETANICA	SI	NO
SARAMPION	SI	NO
VARICELA	SI	NO
RUBEOLA	SI	NO
ESCARLATINA	SI	NO
COQUELUCHE (Tos Convulsa)	SI	NO
PAROTIDITIS (Paperas)	SI	NO
OTRAS.....		

HEPATITIS	SI	NO
ENFERMEDADES ALERGIA	SI	NO

En caso de contestar si indique cuales y a que es alérgico:

.....

TRAUMATISMO DE CRANEO	SI	NO
CON PERDIDA DE CONOCIMIENTO	SI	NO
FRACTURA		

INTERVENCIONES QUIRURGICAS	SI	NO
----------------------------	----	----

En caso de contestar si, indique cuales:

.....

Firma de Padre, Madre o Tutor:

Aclaración:

