

	HISTORIA CLINICA	CODIGO: PG-PM-003
		VERSION: 1

1. LUGAR Y FECHA _____

2. DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE Y APELLIDOS _____
 EDAD _____
 GRADO _____
 EPS _____
 SERVICIO MEDICO COMPLEMENTARIO _____

CLINICA DONDE ATIENDEN AL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA

El estudiante presenta alguna de las siguientes condiciones:

Condición	Si/No	Condición	Si/No
Alergias		Disminución auditiva	
Dificultad de lenguaje		Problemas gastrointestinales	
Disminución visual		Enfermedad pre existente	
Toma medicamentos		Situaciones Comportamentales	

En caso de responder algun item de manera afirmativa, por favor amplie la situación con detalle:

Asiste actualmente a terapias o existe algo que lo inquiete medica o psicológicamente. Puede brindarnos la información que considere oportuna.

Autorizo al Jardín y centro de estimulación Ludinidos para que utilice esta información en caso que sea necesario.

FIRMA DEL ACUDIENTE

FIRMA RECTORA