

## Formato Condición Medica

Estimada(o) Tutor(a), con el propósito de brindar una atención adecuada en caso necesario a su hija(o) con alguna enfermedad crónico-degenerativa (asma, diabetes, epilepsia, daño renal etc.) o condición médica extraordinaria, le solicitamos respetuosamente responda a las siguientes preguntas

Nombre completo del alumno (a) \_\_\_\_\_

Turno \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Sufre de convulsiones \_\_\_\_\_

Tipo de padecimiento \_\_\_\_\_

Recibe tratamiento Médico (SI) ( NO)

Consumo algún medicamento \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Teléfonos en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Tutor(a)