

 **INSTITUTO DE LAS AMÉRICAS, S.C HISTORIA CLÍNICA**

 **C.E: 20 - 20**

 **PADRE, MADRE o TUTOR: Lea cuidadosamente y conteste con veracidad**. GRADO**:**

 **CB CN PR SE BA**

 **Nombre del alumno(a):**

 **TELEFONO DE EMERGENCIA**

 **MÁS LOCALIZABLE**:

1. ¿Su hijo(a) padece algún tipo de alergia?

**TIPO DE SANGRE:**

 **RH**

 **PESO KG**

**ESTATURA CM**

 SI Mencione a que:

 NO

2. ¿Padece alguna enfermedad crónica?

 SI Cuál?

 NO

3.- ¿Tiene impedimento para realizar actividad física?

 SI Razón?

 NO

**DE CONSIDERAR NECESARIO TRASLADARLO(A) PARA SU ATENCIÓN MÉDICA SERÁ A: IMSS ISSSTE PARTICULAR**

**MÉDICO QUE LE ATIENDE: TELS:**

Considerando que la institución, promueve el desarrollo integral y pertinente a las capacidades físicas e intelectuales, así como de sus actitudes

 y valores, autorizo que mi hijo(a) realice las actividades escolares programadas.

 Si autorizo No autorizo

 Nombre y Firma Nombre y Firma

En parte de las actividades que realizará su hijo(a) se tomarán evidencias (videos o fotografías)en grupo o personal, autoriza uds a que su hijo(a) sea publicado(a)en las redes sociales que responsable y respetuosamente nuestro instituto tiene dominio, así como en publicaciones impresas.

 Si autorizo No autorizo

 Nombre y Firma Nombre y Firma

 P.Neg,Coah; de de 20

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_