

**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

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