



Formato de Inscripción

Médico

Datos de Identificación

Nombre del alumno

Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
------------	------------------	------------------

Forma de llamarlo

Fecha de nacimiento

Tipo de sangre

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Datos Médicos

Nombre del pediatra

Dirección

Teléfonos

Celular

Oficina

En caso necesario, ¿autoriza llevar a su hijo al hospital después de una previa autorización telefónica? SI NO

En caso de no localizar a ninguno de los padres vía telefónica, ¿autoriza llevar a su hijo al hospital en caso de una emergencia? SI NO

¿Autoriza administrar un medicamento antipirético para el control de la fiebre por el personal en caso de ser necesario? SI NO

Tres personas a quienes llamar en caso de emergencia (sin contar a los padres o pediatra)

montessori.sigrid@gmail.com

5553731583

5553731608



Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

Recomendaciones Especiales:

¿Es alérgico a algún medicamento?
 SI NO ¿Cuál? _____

¿Es alérgico a algún alimento?
 SI NO ¿Cuál? _____

¿Presenta alguna situación física o psicológica?
 SI NO ¿Cuál? _____

¿Está bajo algún tratamiento?
 SI NO ¿Cuál? _____

¿Ha padecido alguna enfermedad importante y a qué edad? SI NO

¿Cuál? _____ Edad _____



¿Presenta algún padecimiento específico?

- Auditivo ¿Cuál? _____
- Visual ¿Cuál? _____
- Respiratorio ¿Cuál? _____
- De Lenguaje ¿Cuál? _____
- De Motriz ¿Cuál? _____
- De Cerebral ¿Cuál? _____
- De Alérgico ¿Cuál? _____
- De Digestivo ¿Cuál? _____
- Otros ¿Cuál? _____

Los padecimientos anteriormente mencionados ¿los presenta algún otro miembro de la familia?

SI NO ¿Quién? _____ ¿Cuál? _____

SI NO ¿Quién? _____ ¿Cuál? _____

¿Ha sido hospitalizado? SI NO Razón _____
Edad _____

¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE LA RESPUESTA (X) SI / NO	SI	NO
Sobrepeso u Obesidad		
Enfermedades del corazón		
Bronquitis		
Hemorragias		
Epilepsia (Ataques, Convulsiones)		
Fiebre Reumática		
Cáncer		
Diabetes		
Amigdalitis		
Anemia		
Hepatitis		
Neoplasia (tumores)		
¿Otras enfermedades crónicas? Especificar:		



¿Algún familiar cercano ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades?

- Diabetes Cáncer Hipertensión Infarto
- Obesidad Enfermedades del corazón Enfermedades Metabólicas
- Otras _____

Especifique el parentesco y detalle

Embarazo y Parto

Edad de la madre al nacer

Peso al nacer (kg)

¿En qué semana del embarazo nació el bebe?

Medida al nacer (cm)

Comentarios o problemas en relación al embarazo _____

¿El parto fue? Natural Cesárea

¿Si fue cesárea, por qué?

¿Se uso anestesia? SI NO ¿De qué tipo? _____

Duración de Trabajo de Parto: _____ horas

¿Tomó algún Medicamento o Vitamina?:

¿Exposición a radiación?: SI NO

¿Hubo Sufrimiento Fetal?: SI NO



Necesitó Maniobras Especiales al nacer como:

- Bolsa de Oxígeno _____
- Ventilación asistida _____
- Intubación _____
- Medicamentos _____
- Requirió estar tiempo en incubadora, cuanto tiempo y por qué:

¿Se usaron fórceps, occitocina o alguna otra forma de acelerar el parto?

SI NO ¿Cuál y por qué? _____

¿Presentó problemas de oxigenación? SI NO

¿Otros problemas? _____

¿Problemas durante las primeras horas o días? _____

¿Quién lo cuidó los primeros tres meses? _____

¿Quién lo cuidó el resto del primer año? _____

¿Problemas durante el primer año? _____

ALIMENTOS

Pecho Materno: _____ duración

Ablactación (Cambio a comida sólida): _____ meses

Alimentación Actual: (# de días a la semana que consume el producto)

- Leche _____ - Huevo _____ - Cereales _____
- Carne _____ - Frutas _____
Verduras _____ - Leguminosas _____



ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACIGULAR (DTP2 + VPI + Hib)	DIFTERIA, TOS FERINA, TETANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR H. Influenzae b	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DTP	DIFTERIA, TOS FERINA Y TETANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		RE-VACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 39 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y FARINGITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
		ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

Adjuntar Cartilla de Vacunación ACTUALIZADA

FAVOR DE ADJUNTAR COPIA DE CREDENCIAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS PARTICULAR. (EN CASO DE CONTAR CON EL)

EN CASO DE QUE PRESENTE FIEBRE FAVOR DE SUMINISTRAR: (MARQUE)
 MOTRIN _____ TEMPRA _____
 DOSIS: _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

ALLEGRO MONTESSORI **NO SUMINISTRARÁ NINGÚN OTRO TIPO DE MEDICAMENTOS** A EXCEPCIÓN DE LOS DE CONTROL DE FIEBRE.

AUTORIZO Y ESTOY CONSCIENTE DE QUE EN EL CASO DE ALGUNA EMERGENCIA ALLEGRO MONTESSORI TOMARÁ LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL PROTOCOLO QUE SE CONSIDERE, Y QUE EN CASO DE SER NECESARIO LLEVARÁN A MI HIJ@ AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

Nombre y Firma

Fecha

montessori.sigrid@gmail.com

5553731583

5553731608