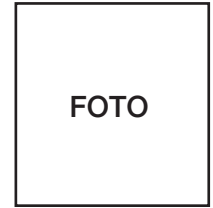




① **SOLICITUD PARA EXAMEN
DE ADMISIÓN**



Fecha de solicitud _____

Nombre _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

Sexo (M) (F) Nacionalidad _____ Religión: _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____
Años Meses

Grado que cursa _____ Grado que cursará _____

Escuela de procedencia _____

Dirección y teléfono de escuela anterior _____

Promedio del ciclo inmediato anterior _____ Promedio parcial actual _____

Datos de la madre

Nombre completo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Último grado de estudios _____ Ocupación _____

Empresa donde trabaja _____ Tel _____

Horario de trabajo _____ Celular _____ Otro teléfono _____

Datos del padre

Nombre completo _____ Edad _____

Domicilio _____ Tel _____

Último grado de estudios _____ Ocupación _____

Empresa donde trabaja _____ Tel _____

Horario de trabajo _____ Celular _____ Otro teléfono _____

¿Algún familiar estudia o labora en el Instituto? SI NO Especifique _____

Recibí y acepto el Reglamento de Admisión.

Nombre y firma del padre o tutor



3

Nombre de la madre _____

Dirección _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Celular _____ Otro Teléfono _____

En caso de emergencia y no localizar a los padres avisar a:

Nombre completo _____ Parentesco _____

Con domicilio en _____

Teléfono (s) _____ Celular _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA (Alergias, cardiovasculares, diabetes, etc.)

III. ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedad actual _____

Tratamiento _____

Alergias SI () NO () Especifique cuál de las siguientes

Medicamentos _____ Alimentos _____

Otros _____

IV. ANTECEDENTES PERINATALES

Describa los siguientes datos:

Complicaciones en el embarazo y/o parto _____

Trastornos congénitos _____

Trastornos del lenguaje _____ ¿Recibe tratamiento? _____

Restricciones para realizar alguna actividad _____

Alteraciones en la agudeza visual _____

Alteraciones en la agudeza auditiva _____

Problemas ortopédicos _____

Alteraciones en la postura _____

¿Utiliza algún tipo de prótesis? _____

V. ALTERACIONES ESPECÍFICAS

Especifique si el niño padece alteraciones en alguna de las siguientes áreas

NEUROLÓGICA _____

DERMATOLÓGICA _____

CARDIOVASCULARES _____

GASTROINTESTINALES _____

PULMONARES _____

UROLÓGICAS _____

Describa si el niño tiene los siguientes antecedentes _____

Quirúrgicos _____

De fractura _____

Traumatismos _____

Transfusiones _____

¿Padece infecciones frecuentes? SI () NO () Especifique cuál de las siguientes

Oculares () Oídos () Vías respiratorias () Gastrointestinales ()

Genitourinarias () Micosis () Otras _____



④ ¿Tiene su cuadro de inmunizaciones completo? SI () NO ()

VI. USO DE MEDICAMENTOS

Describe el nombre y dosis de los medicamentos que toma regularmente

Por enfermedad _____
Preventivos _____
Vitaminas _____
Otros _____

Especifique el nombre y dosis de los siguientes medicamentos autorizados por su pediatra.

Medicamento de uso en caso de fiebre _____
Medicamento de uso en caso de dolor abdominal _____
Medicamento de uso continuo o diarios, diferentes a los anteriores _____

¿ SE AUTORIZA EL USO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS EN LA ESCUELA? SI () NO ()

Nombre y teléfono del pediatra del niño _____

Observaciones _____

Nota: El Instituto cuenta con seguro de accidentes, pero es indispensable que el alumno (a) se presente el mismo día del accidente para brindarle el servicio.

Nombre y firma del padre

Nombre y firma de la madre