

Universidad de Puerto Rico
CENTRO DE DESARROLLO PREESCOLAR RUM

Formulario de Información Concerniente al Niño

Nombre del niño(a) _____

Edad _____ peso _____ estatura _____

Plan Médico _____ Fecha de nacimiento _____
Día /mes /año

Nombre del Pediatra: _____ Teléfono: _____

¿Padece su hijo(a) de alguna alergia?

_____ alimentos ¿Cuáles? _____

_____ ambiente ¿Cuáles? _____

_____ medicinas ¿Cuáles? _____

_____ otros _____

¿Tiene su hijo(a) algún padecimiento crónico? _____ Sí _____ No

Explique _____

¿Ha sufrido su hijo alguna intervención quirúrgica? _____ Sí _____ No

¿Cuál? _____

Padre _____

Madre _____

Lugar de trabajo _____

Lugar de Trabajo _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Celular _____

Celular _____

Firma del padre o custodio

fecha