



FICHA MÉDICA AÑO 2021

Por favor llenar todos los espacios. Esta información es confidencial y de uso exclusivo de la institución.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE:		
GRADO:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:
TIPO DE SANGRE:	PESO:	TALLA:
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:

INFORMACION GENERAL

Marque con una X si el/la estudiante presenta algunas de las siguientes enfermedades. En caso de ser afirmativo especifique.

- Alergias: Si () No () _____
 - Amigdalitis repetitivas: Si () No () _____
 - Sinusitis: Si () No () _____
 - Fiebre reumática: Si () No () _____
 - Asma bronquial: Si () No () _____
 - Diarreas frecuentes: Si () No () _____
 - Enfermedades cardiacas: Si () No () _____
 - Dolor de cabeza frecuente: Si () No () _____
 - Bronquitis: Si () No () _____
 - Neumonías: Si () No () _____
 - Traumatismo severo: Si () No () _____
 - Asma: Si () No () _____
 - Cardiopatía: Si () No () _____
 - Diabetes: Si () No () _____
 - Convulsiones: Si () No () _____
 - Trastornos visuales: Si () No () _____
 - Otras enfermedades: _____
-
- Antecedentes quirúrgicos: Si () No () _____

Si el estudiante tiene alguna enfermedad por favor hacer llegar la historia clínica a la hoja de vida del estudiante.



Marque con una x si el estudiante se encuentra bajo el uso de algunos de los siguientes tratamientos. En caso de ser afirmativo especifique.

- Médico: Si (___) No (___) _____
- Neurológico: Si (___) No (___) _____
- Psicológico: Si (___) No (___) _____
- Odontológico: Si (___) No (___) _____
- Ortopédico: Si (___) No (___) _____
- Otros: _____

• ¿Utiliza algún medicamento? _____ ¿cuál? _____

¿En qué horario? _____ Dosis _____

¿Desde cuándo? _____ ¿Hasta cuándo? _____

OTROS

- Usa gafas: Si (___) No (___) _____
- Tiene vacunación al día: Si (___) No (___) _____
- ¿El estudiante puede realizar ejercicio físico?: Si (___) No (___) _____

• ¿el estudiante practica algún deporte? Si (___) No (___) ¿Cuál/es? _____

• ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19? _____

• ¿Algún familiar ha sido diagnosticado con COVID-19? _____

Registre los datos de una persona con quien nos podamos comunicar en caso de emergencia.

Nombre _____, Teléfono Fijo: _____

Celular: _____ Dirección: _____

Correo electrónico _____.

Parentesco con el estudiante: _____

Observaciones:

Todos los datos anotados en esta ficha médica son actualizados y correctos por lo que se exime a la institución de cualquier responsabilidad derivada de padecimientos o complicaciones en tratamientos no especificados.

Firma padre, madre y / o acudiente: _____

C.C. _____

Celular: _____