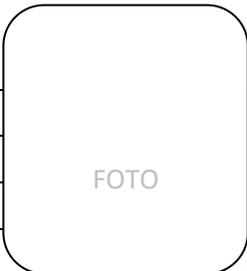




FICHA MÉDICA

I. Información General del(a) Estudiante:

Esta información deberá ser diligenciada por los padres de familia.



Nombre Completo del(a) Estudiante:					
Fecha de nacimiento:	DD	MM	AA	Grupo sanguíneo:	
Documento Identidad:	RC	TI	CC	#	
Grado:	Edad				
Domicilio:				Teléfono:	
Hermanos en otros cursos:	SÍ	ESPECIFIQUE GRADO		NOMBRE DEL ESTUDIANTE	
	NO				
Nombre de la Madre:				Celular:	
				Teléfono fijo:	
Nombre del Padre:				Celular:	
				Teléfono fijo:	

*Servicios de salud

EPS:	Medicina Prepagada:
------	---------------------

** En caso de urgencias llamar a:

Nombre:	Parentesco:
Teléfono fijo:	Celular:
Nombre 2:	Parentesco 2 :
Teléfono fijo 2:	Celular 2:

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

IMPORTANTE: Declaramos que la información aquí registrada es completa y correcta. Si se omite información RELEVANTE para el colegio, esto lo libera de cualquier responsabilidad. Recuerde que el colegio no prescribe ni suministra ningún tipo de medicamento.



LA INFORMACIÓN DE ESTA PÁGINA DEBERÁ SER DILIGENCIADA POR EL MÉDICO.

II. INFORMACIÓN MÉDICA

Peso: _____ Talla: _____

- Esquema de vacunación.

BCG [] FIEBRE AMARILLA [] INFLUENZA [] HEPATITIS A [] HEPATITIS B [] TRIVIRAL []
DPT [] DT [] POLIO [] NEUMOCOCO [] VARICELA [] OTRA [] ¿Cuál? _____

- Antecedentes familiares

DIABETES [] CONVULSIONES [] ASMA [] ENFERMEDADES CARDIACAS []
OTRA [] ¿Cuál? _____

- Antecedentes Médicos del(a) Estudiante:

Mencione aquellas enfermedades y/o trastornos importantes que ha padecido o padece el(la) Estudiante.

Table with 4 columns: Enfermedad, Sí, NO, Observaciones. Rows include Patológicos/enfermedades, Tóxicos, Traumáticos, Quirúrgicos, Hospitalarios, Farmacológicos, and Otra. ¿Cuál?

III. Medicamentos de uso habitual:

Table with 4 columns: Medicamento, Dosis, Frecuencia, Uso

IV. Alergias:

Table with 3 columns: Medicamento, Ambientales, Alimentos

V. Exámenes

Table with 2 columns: Exámen, Observaciones. Rows for Optometría and Audiometría.

VI. Observaciones

Blank lines for medical observations.

Firma y sello del Médico

REG. No. _____

Fecha: _____