



FICHA MÉDICO ESCOLAR 2017

GRADO ACADÉMICO:

APELLIDOS Y NOMBRES.....DNI.....

DIRECCIÓN.....

TELF CASA..... CELULAR PADRE..... CELULAR MADRE.....

TELF TRAB. PADRE..... TELF TRAB. MADRE..... TELF. FAMILIAR.....

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO..... EDAD.....

SEGURO PARTICULAR.....

CLÍNICA DONDE SE ATIENDE.....

PESO AL NACER..... TALLA AL NACER..... PARTO: NORMAL () CESÁREA ()

TALLA ACTUAL..... PESO ACTUAL..... PROBLEMAS AL NACER.....

¿HA SIDO OPERADO DE ALGO? SI () NO ()
..... A QUE EDAD.....

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SI () NO ()
(ESPECIFIQUE CUAL)

TIPO DE SANGRE: GRUPO SANGUÍNEO..... FACTOR RH.....

¿QUÉ ENFERMEDAD CRÓNICA PADECE EL MENOR?
.....

¿QUÉ ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS HA PADECIDO Y A QUÉ EDAD?
.....

¿TIENE SUS VACUNAS COMPLETAS?

| | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| RECIÉN NACIDO: BCG / HEPATITIS B | () | () |
| 2 MESES: 1RA DOSIS PENTAVALENTE / 1RA DOSIS ANTIPOLIO / 1RA DOSIS ROTAVIRUS / 1RA DOSIS NEUMOCOCO | () | () |
| 3 MESES: 1RA DOSIS PENTAVALENTE / 1RA DOSIS ANTIPOLIO / 1RA DOSIS ROTAVIRUS / 1RA DOSIS NEUMOCOCO | () | () |
| 6 MESES: 3RA DOSIS PENTAVALENTE / DOSIS ANTIPOLIO ORAL | () | () |
| 7 MESES: 1RA DOSIS INFLUENZA | () | () |
| 8 MESES: 2DA DOSIS INFLUENZA | () | () |
| 12 MESES: 3RA DOSIS NEUMOCOCO / 1RA DOSIS SRP (SARAMPION-RUBEOLA-PAPERAS) | () | () |
| 15 MESES: FIEBRE AMARILLA | () | () |
| 18 MESES: 1R REFUERZO DPT / 1ER REFUERZO ANTIPOLIO ORAL / 2DA DOSIS SRP | () | () |
| 4 AÑOS: 2DO REFUERZO DPT / 2DO REFUERZO ANTIPOLIO ORAL | () | () |

FUENTE: minsa.gob.pe



¿SU DESARROLLO PSICOMOTRIZ (ANDAR, HABLAR, DENTICIÓN, ¿EVACUAR) FUE NORMAL?

SI () NO() ESPECIFIQUE PORQUE:.....

¿ESTUVO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ? SI () NO ()

..... EDAD ()

..... EDAD ()

ANTECEDENTES FAMILIARES:

| SALUD FAMILIAR | PARENTESCO | DESDE CUANDO |
|---------------------------|------------|--------------|
| ENFERMEDADES MENTALES | | |
| ASMA | | |
| RETARDO MENTAL | | |
| CEGUERA | | |
| PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE | | |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | | |
| EPILEPSIA | | |
| ALCOHOLISMO | | |
| DROGADICCIÓN | | |
| DIABETES MELLITUS | | |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | |
| CÁNCER | | |
| OTROS | | |

OBSERVACIONES

.....
.....

LOS PADRES DE FAMILIA QUE SUSCRIBEN DECLARAN HABER LEIDO Y LLENADO LA FICHA MÉDICO ESCOLAR DETALLADAMENTE, POR LO TANTO, EXONERAN AL COLEGIO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR NO HABER PROPORCIONADO LA SUFICIENTE INFORMACIÓN OPORTUNAMENTE Y/O OMITIR CUALQUIER OTRA REFERENCIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO.

.....
FIRMA DEL PADRE
DNI.....
Email.....

.....
FIRMA DE LA MADRE
DNI.....
Email.....

La Perla.....de.....del 201...

Lic. Zoraida Ortiz Lozano
Trabajadora Social