



FICHA MÉDICO ESCOLAR

2018

GRADO ACADÉMICO:

APELLIDOS Y NOMBRES DNI.....

DIRECCIÓN.....

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

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

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

TIENE SEGURO PARTICULAR: SI () NO () CUÁL:.....

CLÍNICA Y/O HOSPITAL DONDE SE ATIENDE.....

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

¿HA SIDO OPERADO DE ALGO? SI () NO () EDAD:

OPERADO DE.....

TIPO DE SANGRE: GRUPO SANGUÍNEO FACTOR RH:

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

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

¿REQUIERE SU HIJO (A) DIARIAMENTE ALGUNA MEDICACIÓN?
.....

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

¿SU HIJO (A) TIENE ALGÚN PROBLEMA AL CORAZÓN? SI () NO ()

ESPECIFIQUE:.....

¿PADECE DE ALGUNA DEFORMACIÓN EN LOS HUESOS O ARTICULACIONES? SI () NO ()
.....

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

ESPECIFIQUE CUÁL:



¿TIENE SUS VACUNAS COMPLETAS? SI () NO () CUÁL LE FALTA:.....
.....

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 2018.

