



FICHA MÉDICA ESCOLAR

EL PRESENTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ALUMNO (A) _____

DNI _____ GRADO: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONOS: Casa _____ Padre: _____ Madre: _____ Familiar _____

Correo electrónico: Madre: _____ Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

1. TIENE SEGURO CONTRA ACCIDENTES: SI () NO ()

CIA DE SEGUROS: _____

2. CLÍNICA DONDE SE ATENDERÁ EL ALUMNO: _____

3. EL ALUMNO(A) HA SIDO OPERADO: SI () NO ()

ESPECIFICAR: _____

4. EL ALUMNO(A) ES ALÉRGICO A ALGÚN MÉDICAMENTO: SI () NO ()

ESPECIFICAR: _____

Aspirina	Paracetamol (PANADOL)	Ibuprofeno (AINES)
Penicilinas	Sulfas	Yodo

5. ¿USTED AUTORIZA QUE SE LE SUMINISTRE A SU HIJO(A) ¿EN CASO LO REQUIERA, LOS MEDICAMENTOS QUE SE USAN EN LA ENFERMERÍA?

Clorfenamina	Gaseovet	Diclofenaco
Ibuprofeno	Panadol	

6. GRUPO SANGUINEO: _____

7. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA EL MENOR? SI () NO ()

LLENAR LO QUE CORRESPONDA:

Piel	Respiratorias	Circulación
Cardíacas	Genitourinarias	Neurológicas
Oftalmológicas	Auditivas	Infecto Contagiosas
Gastrointestinales	Endocrinas	Odontológicas
Sistema Osteomuscular		

8. ¿REQUIERE SU HIJO(A) DIARIAMENTE ALGUNA MEDICACIÓN? SI () NO ()

ESPECIFICAR: _____

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

ESPECIFICAR: _____

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

ESPECIFICAR: _____

11. TIENE VACUNAS COMPLETAS:(hepatitis, antipolio, sarampión, fiebre amarilla, influenza, etc.)

	Recién Nacido	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	2 años	3 años
BCG								
POLIO								
HIB								
HEPATITIS B								
SARAMPIÓN								
RUBEOLA								
PAROTIDITIS								
VARICELA								
MENINGOCOCO								
PNEUMOCOCO								
GRIPE								

12. ESPECIFICAR VACUNAS FALTANTES _____

13. ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD: ESPECIFICAR

Diabetes Mellitus	Hipertensión Arterial	Enfermedad Cardiovascular
--------------------------	------------------------------	----------------------------------

Cáncer	Migraña	TBC
Asma	Accidente Cerebro Vascular	Enfermedades Psicológicas

14. DATOS DE NACIMIENTOS:

Recibió control prenatal	¿Cuántos?	Enfermedad de la madre durante el embarazo:	Tipo de Parto	¿Anestesia Epidural o Total?
Peso al Nacer		Talla al Nacer	APGAR al Nacer	

15. ENFERMADADES QUE PADECE EL ALUMNO:

ASMA	
CONVULSIONES	
DOLOR DE CABEZA	
ENFERMEDADES HEPÁTICAS	
EPILEPSIA	
ESTREÑIMIENTO	
FISURA	
FRACTURA	
GASTRITIS	
HEPATITIS VIRAL	
HIPERTIROIDISMO	
HIPOTOROIDISMO	
INFECCIONES URINARIAS	
MAREO	
MIGRAÑA	
PARASITOSIS	
RINITIS ALÉRGICA	
SANGRADO NASAL FRECUENTE	
TUBERCULOSIS	

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 U OMITIR CUALQUIER OTRA REFERENCIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO.

La Perla ____ de _____ del 202 ____

.....
FIRMA DEL PADRE

Nombre _____

DNI _____

.....
FIRMA DE LA MADRE

Nombre _____

DNI _____