



Fecha:

“...Aprende como si fueras a vivir para siempre”

FICHA MÉDICA ESCOLAR

CICLO ESCOLAR 2010-2011

ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES

La presente ficha médica escolar se realiza con el fin de tener antecedentes clínicos de importancia de su hijo (a), es necesario que conteste todos los espacios y en caso de no entender alguna parte comentarlo con el personal de enfermería que con gusto lo asesorará.
Esta información es confidencial y para uso exclusivo de la Institución.
Agradecemos su valiosa colaboración

I.- IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____

SEXO: (M) (F) EDAD: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO CASA: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

TELÉFONO OFICINA: _____

II.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

PESO _____ ESTATURA: _____

TATUAJES () PIERCINGS ()

ESQUEMA DE VACUNACIÓN:

BCG: (SI) TRIPLE VIRAL (SI) H1N1 (SI)

SABIN (SI) ANTISARAMPIÓN (SI) INFLUENZA (SI)

QUÍNTUPLE (SI) Td (SI) (ESTACIONAL)

DPT (SI) ANOTE OTRAS: _____

HISTORIAL CLÍNICO ESCOLAR

SECCIÓN PARA ALUMNAS QUE HAYAN INICIADO SUS CICLOS MENSTRUALES

CICLOS: (REGULARES) (IRREGULARES)
DOLOROSAS: (SI) (NO) (SIEMPRE) (AVECES)

III.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

MARQUE CON UNA X SI EL ALUMNO PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS:

| | | | |
|---------------------------|-----|------------------------|-----|
| AMIGDALITIS REPETITIVAS | () | CONVULSIONES | () |
| SINUSITIS | () | BRONQUITIS | () |
| FIEBRE REUMÁTICA | () | NEUMONÍAS | () |
| ASMA BRONQUIAL | () | TRAUMATISMOS SEVEROS | () |
| DIARREAS FRECUENTES | () | MALFORMACIONES | () |
| HEPATITIS | () | PARASITOSIS INTESTINAL | () |
| ENFERMEDADES CARDIACAS | () | COLITIS | () |
| DOLOR DE CABEZA FRECUENTE | () | GASTRITIS | () |

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO, ALIMENTO O SUBSTANCIA (SI) (NO)
EN CASO POSITIVO SEÑALE A CUAL: _____

MARQUE CON UNA X SI EL ALUMNO SE ENCUENTRA BAJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

| | | | |
|-------------|-----|--------------------------------------|-------|
| MÉDICO | () | EN CASO POSITIVO ESPECIFIQUE A CUAL: | _____ |
| PSICOLÓGICO | () | EN CASO POSITIVO ESPECIFIQUE A CUAL: | _____ |
| NEUROLÓGICO | () | EN CASO POSITIVO ESPECIFIQUE A CUAL: | _____ |
| ORTODÓNTICO | () | EN CASO POSITIVO ESPECIFIQUE A CUAL: | _____ |
| ORTOPÉDICO | () | EN CASO POSITIVO ESPECIFIQUE A CUAL: | _____ |

OTRO:
REGISTRELO: _____

DOSIS: _____

DESDE CUÁNDO: _____

HASTA CUÁNDO: _____

¿ EL ALUMNO PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA? (SI) (NO)

REGISTRE UN TELÉFONO AL CUAL COMUNICARNOS EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE : _____

TELÉFONO CASA: _____

CELULAR: _____

TELÉFONO OFICINA: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN ESTA FICHA CLÍNICA SON ACTUALIZADOS Y CORRECTOS, POR LO QUE SE EXIME A LA INSTITUCIÓN DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DE PADECIMIENTOS O COMPLICACIONES EN TRATAMIENTOS NO ESPECIFICADOS EN ELLA.

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE O TUTOR: _____

FIRMA: _____