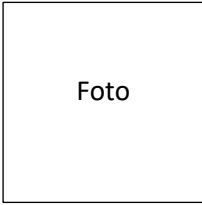




FICHA MÉDICA 2024-2025



Apellidos y nombres del estudiante: .....  
Grado o curso: .....  
Fecha: .....  
Lugar y fecha de nacimiento: ..... Edad: .....  
Peso corporal:..... Estatura:.....

Padre o Representante:	En caso de emergencia (Parentesco):
Teléfono:	Nombre:
Lugar de trabajo:	Teléfono:
Cargo que desempeña:	Lugar de trabajo:

Encierre la respuesta, en caso de ser afirmativa, explique lo mas detallado posible.

1. ¿Su Representado/a presenta algun tipo de alergia? SI NO

¿ A qué ?

.....

2. ¿Tiene dificultades respiratorias? (Asma) SI NO

Explicar en caso afirmativo.....

3. ¿Manifiesta alguna alteración de huesos o articulaciones? SI NO

¿Cuáles?

.....

4. ¿Ha sufrido alguna intervección quirúrgica reciente? SI NO

¿Cuál?

.....

5. ¿Toma alguna medicina diaria? SI NO

¿Qué?

Medicamento:..... Dosis:.....

6. Especifique aquellas enfermedades y traumatismos que haya padecido y que requieran un cuidado especial.

¿Cuáles?.....

7. Otros problemas que considere oportuno explicar.

.....  
.....  
.....  
.....

Información proporcionada por:

Nombre: .....

Firma