



FICHA MÉDICA

Grado o curso:

Fecha:

Apellidos y nombres del alumno:

Lugar y fecha de nacimiento: Edad:



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

Interrogatorio Médico: presenta o a presentado su hijo/a alguno de los siguientes síntomas o problemas de salud

SÍNTOMA	SI	NO	EDAD	DESCRIPCION
Dolores de cabeza frecuente				
Mareos				
Sensación de sueño a la lectura				
Ardor de los ojos				
Lagrimo frecuente				
Diagnóstico de otitis				
Diagnóstico de sinusitis				
Estados gripales frecuentes				
Emite ronquidos al dormir				
Faringoamigdalitis frecuentes				
Hemorragias nasales				
Dolores articulares frecuentes				
Fiebre reumática				
Problemas al caminar				
Tose con frecuencia				
Asma bronquial				
Alergias				
Rinitis				
Traumatismo de cráneo				
Infección de vías urinarias				
Convulsiones por fiebre				
Intervenciones quirúrgicas				
Ha estado hospitalizado				
Displasia de cadera				
Otros				



FICHA MÉDICA

Enfermedad	SI	NO	EDAD
Sarampión			
Varicela			
Rubéola			
Tos Ferina			
Paperas			
Tifoidea			
Hepatitis			
Tuberculosis			
Meningitis			
Covid 19			

PERIODO PRENATAL

La madre del (a) estudiante presentó durante el embarazo alguna de las siguientes infecciones:

Rubéola SI ___ NO ___

Toxoplasmosis SI ___ NO ___

Varicela SI ___ NO ___

PERIODO NATAL

Su parto fue:

Normal

Por cesárea

Prematuro

Presento asfixia

Presento ictericia

Cuantos días permaneció en la clínica ú hospital, Explique la causa de permanencia en el lugar mencionado:

Vacunas

Tipo	EDADES DE VACUNACION
BCG	EDADES
PENTAVALENTE	EDADES
ROTAVIRUS	EDADES
NEUMOCOCO CONJUGADA	EDADES
DPT	EDADES
PVO POLIO	EDADES
SRP	EDADES
FIEBRE AMARILLA	EDADES



FICHA MÉDICA

VARICELA	EADADES		
SR	EADADES		
HEPATITIS A	EADADES		
DT	EADADES		
INFLUENZA (fecha de última dosis)	FECHA		
PAPILOMA HPV (niñas)	FECHA	1. Dosis	2. Dosis
COVID 19	FECHA	1. Dosis	2. Dosis 3. Dosis

ANTECEDENTES FAMILIARES

Han presentado alguno de los familiares del estudiante (hermanos, padres, tíos, abuelos una de las siguientes enfermedades:

- Es frecuente el uso de lentes es sus familiares SI__ NO__ PARENTESCO
- Estrabismo SI__ NO__ PARENTESCO
- Glaucoma SI__ NO__ PARENTESCO
- Sordera SI__ NO__ PARENTESCO
- Fiebre Reumática SI__ NO__ PARENTESCO
- Hipertensión arterial SI__ NO__ PARENTESCO
- Diabetes SI__ NO__ PARENTESCO
- Obesidad SI__ NO__ PARENTESCO
- Dislipidemia SI__ NO__ PARENTESCO
- Infarto de miocardio SI__ NO__ PARENTESCO
- Chequeo Oftalmológico SI__ NO__ FECHA
- Audiometría SI__ NO__ FECHA JUNIO
- Grupo o Tipo Sanguíneo Grupo A... .. B..... AB O RH
- Utiliza medicina Homeopática__ Natural__ Bioenergética__ Occidental__ Practica
- algún deporte

Existe algún problema de salud que tenga que informar

Otros: _____

CONSENTIMIENTO:

Yo.....con CC..... Representante legal del Estudiante.....Doy mi consentimiento para que en caso de un incidente pueda recibir atención médica.

SI NO



FICHA MÉDICA

INFORMACION PROPORCIONADA POR:

Representante:

Firma:

.....

Revisado por.....:.....

Firma:

.....