



FICHA MÉDICA

Grado o curso: .....  
Fecha: .....  
Apellidos y nombres del alumno: .....  
Lugar y fecha de nacimiento: ..... Edad: .....



Padre o representante:	En caso de emergencia:
Teléfono:	Madre:
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				

Enfermedad	SI	NO	EDAD
Sarampión			





**FICHA MÉDICA**

SR	EADADES			
HEPATITIS A	EADADES			
DT	EADADES			
INFLUENZA (fecha de ultima 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:**

.....

.....