



FICHA MÉDICA 2025-2026

Foto

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 intervención 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