



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SÉNECA"



AÑO LECTIVO: 2019- 2020

GRADO: _____

FICHA MÉDICA

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LOS PADRES

DATOS DEL ALUMNO

APELLIDOS		
NOMBRES		
FECHA DE NACIMIENTO		
EDAD		
TELÉFONO casa		
NOMBRE DEL PADRE		Cel:
NOMBRE DE LA MADRE		Cel:
TIPO DE SANGRE		

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL MÉDICO

FECHA: _____

PESO:..... TALLA..... IMC..... FC..... TA.....

.....

Firma y sello Medico

ÚLTIMO CHEQUEO (FECHA: año/mes/día):

AUDITIVO		OFTALMOLÓGICO		ODONTOLÓGICO		VACUNA RECIBIDA	
Adjuntar certificado		Adjuntar certificado		Adjuntar certificado		Adjuntar certificado	
DESPARASITACIÓN							
Adjuntar certificado							

VACUNAS (adjuntar copia del carnet de vacunaci

VACUNA	VACUNA	VACUNA
BCG:	P.P.D:	Meningitis:
Triple:	Hepatitis A:	Varicela:
Polio:	Hepatitis B:	Neumococo:
MMR	Tifoidea:	Influenza (H1N1):
(Sarampión+Paperas+Rubeola)	Fiebre amarilla:	

NOTA: Adjuntar copia de carnet de vacunas actualizado.

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:** (mamá, papá, abuelos, con enfermedades de importancia. Ej: Hipertensión arterial, muerte súbita, cáncer, osteoporosis, diabetes, otras)

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES**

2.1. ALERGIAS:

- 2.1.1. Alergias Alimentaria: SI ___ NO ___

Especifique _____

Tratamiento: SI ___ NO ___ Especifique _____

- 2.1.2. Alergia a Medicamento: **SI** ___ **NO** _____
Especifique: _____
Tratamiento: **SI** ___ **NO** ___ Especifique _____
Tratamiento: **SI** ___ **NO** ___ Especifique _____
- 2.1.3. Alergias a picadura de insectos: _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento: **SI** ___ **NO** ___ Especifique _____
- 2.1.4. Otras Alergias: _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento: **SI** ___ **NO** ___ Especifique _____

2.2. PROBLEMAS DE PIEL:

SI ___ **NO** ___ Especifique: _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____

2.3. PROBLEMAS NEUROLÓGICOS:

- 2.3.1. Dolor de cabeza frecuente: **SI** ___ **NO** ___
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____
- 2.3.2. Migraña: **SI** ___ **NO** ___
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____
- 2.3.3. Epilepsia: **SI** ___ **NO** ___
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____
- 2.3.4. Otro: _____
Especifique _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____

2.4. PROBLEMAS CARDÍACO: Especifique _____ **SI** ___ **NO** ___
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____

2.5. OTRAS CONDICIONES DE IMPORTANCIA:

Adjunte un anexo si es necesario: _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento (DDA,Hiperactividad): _____

2.6. Cirugías: (Especifique fecha y tipo de cirugía)

MÉDICO DE FAMILIA que atiende al alumno/a

Telf: _____

CENTRO HOSPITALARIO de su preferencia, para trasladar al alumno en caso de emergencia: _____

EN CASO DE URGENCIA, autorizan Ustedes al Colegio para realizar las acciones médicas necesarias con su hijo/a

SI ___ **NO** ___

firma de autorización: _____

