



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"FRANCISCA DE LAS LLAGAS"**

"Educar, amar y servir"

Domingo Espinar Oe8 N23-73 y Diego Zorrilla N23B
Teléfono: 5213664/22232-514



DEPARTAMENTO MÉDICO

FICHA MÉDICA ESCOLAR PARA ESTUDIANTES QUE INICIAN EN LA INSTITUCIÓN

Año Lectivo	Sección	Grado/Curso

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento	Grupo Sanguíneo	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre del Padre		
Nombre de la Madre		
Dirección del Estudiante		
Teléfono		
Teléfono de emergencia		

PADRES SEPARADOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

EN CASO DE EMERGENCIA EL PRIMER CONTACTO SE REALIZARA CON:			
Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Padre y/o Madre <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
			Teléfono:

ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD:	PESO:	TALLA Año 2:
Tipo de parto:.....		Complicaciones:.....
Malformaciones al nacer:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Inmunizaciones: Esquema completo de acuerdo a la edad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pendientes:
¿Ha padecido o padece su hijo/a de alguna de las siguientes enfermedades?		
Sarampión SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Varicela SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mononucleosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Paperas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tosferina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tuberculosis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rubeola SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hepatitis SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otros.....	

Alergias:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Especificar Medicamento, Alimento o Producto)

ASMA:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS RESPIRATORIAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
BRONQUITIS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> (Frecuencia)
OTRAS PATOLOGIAS NEUROLOGICAS:									
OTITIS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	(Frecuencia)	_____			
ENFERMEDADES GENITOURINARIAS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	_____				
ENFERMEDADES DIGESTIVAS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	_____				
ENFERMEDADES MUSCULO ESQUELETICAS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	_____				
ENFERMEDADES DE LA PIEL:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	_____				
ANEMIA U OTRAS PATOLOGIAS HEMATOLOGICAS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	_____				
ENFERMEDADES CARDIO VASCULARES:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	_____				
PROBLEMAS DE VISION:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	_____			
PROBLEMAS DE AUDICION:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	_____			
INGRESOS HOSPITALARIOS	(Causas y Frecuencia)				_____				
ACCIDENTES:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	(Secuelas)	_____			
OPERACIONES QUIRURGICAS:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	(Causas)	_____			
EN CASO DE PATOLOGIAS CRONICAS, INDICAR PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO ACTUAL									
EN CASO DE FIEBRE O DOLOR ¿Qué medicamentos suele administrarle?									
ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTERES (Mencionar enfermedades hereditarias)									
OBSERVACIONES:									

<p>NOTA: Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente de responsabilidad de los padres y/o representantes del estudiante, por lo que en caso de no consignarlos, actualizarlos u omitirlos, el Departamento Médico del Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.</p>									
<p>_____</p> <p>Fecha, Nombre, Apellidos y Firma del padre/madre/ representante legal</p>									