



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR SÉNECA



AÑO LECTIVO: 2017- 2018

CLASE: _____

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

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 _____

2.1.3. Alergia a Picaduras de insectos: **SI** ___ **NO** ___
Especifique _____
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** ___
Especifique _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____

2.3.2. Migraña: **SI** ___ **NO** ___
Especifique _____
Manifestaciones: _____
Tratamiento: _____

2.3.3. Epilepsia: **SI** ___ **NO** ___
Especifique _____
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** _____

F

IRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL PADRE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE

