



FICHA MÉDICA

Pre – Escolar
NIVEL: Primaria
Secundaria

Nombre y Apellido

Curso Turno Edad Fecha de nacimiento

Teléfono(s) de emergencia(s)

Está tomando el seguro de accidente optativo que ofrece el colegio? Si No

El alumno cuenta con algún seguro de salud? Si No

Cual?

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

Tiene el alumno(a) alguna enfermedad que requiere periódicamente tratamiento o control médico? Cuál?

.....
.....
.....

Durante los tres últimos años fue internado(a) alguna vez? Si No

Si contesto si, favor explicar por qué?

.....
.....
.....

Toma el alumno(a) algún medicamento diariamente? Si No

En caso de tomar algún medicamento favor indicar el nombre :

.....

ES ALERGICO(A) A:

Alimento Picadura de insectos Ampicilina Paracetamol Viadil Sertal

Ibuprofeno

Si el alumno(a) tiene alergia a algún alimento u otra cosa favor detallar:

.....

ENFERMEDAD(ES) QUE PADECE O A LA(S) QUE ES PROPENSO

Bronquitis Alergia Asma Desmayos Epilepsia Hipertensión

Diabetes Aneurisma Cardiopatía Congénita Otra

Favor dar alguna información que sea relevante a la salud del alumno(a):

.....

.....

PADRE DEL ALUMNO(A)

Nombre

Firma