



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA							
FICHA MEDICA ESTUDIANTIL							
El presente documento tiene carácter de reservado.							
<u>DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE</u>							
Nombres		Apellidos		Edad Actual		Curso al que Pasa	
<u>INFORMACIÓN GENERAL</u>							
Fecha de nacimiento				Sexo	Hombre	Mujer	
Type de Sangre	A+	A-	AB+	AB-	B+	B-	O+ O-
Altura				Peso			
Tiene Seguro médico	Si	No					
Familiares para llamar en caso de emergencia:							
Nombre		Relación			Celular		
Clínica / Hospital de preferencia (para trasladar al estudiante en caso de emergencia)							
Clínica/ Hospital de preferencia		Indicaciones					
¿En caso de emergencia o urgencia, se autoriza al colegio para realizar las acciones médicas correctivas necesarias con su hijo(a)?							
Si		No					
Cetirizina		Diclofenaco		Ibuprofeno		Loratadina	
Paracetamol		Simeticona		Subsalicilato de Bismuto		Otra	
Contactos de emergencia							
Nombres	Apellidos	Relación	Celular	Casa	Trabajo		
<u>INFORMACION MEDICA</u>							
Últimas atenciones médicas particulares							
Nombre	Fecha	Diagnóstico					
Vacunaciones recientes							
Nombre	Fecha	Descripción					
Carnet de vacuna							
• Adjuntar copia del Carnet de vacunas							
<u>ANTECEDENTES</u>							
Antecedentes de enfermedades familiares							
Madre		Padre			Familiares primera línea		
Antecedentes de enfermedades infecciosas							
	Covid-19		Difteria		Fiebre Amarilla		Hepatitis
	Meningitis		Tétanos		Paperas		Rubeola
	Sarampión		Varicela		Tosferina		Tuberculosis
Antecedentes de enfermedades personales (crónicas)							
Asma Bronquial		Enfermedades Cardiacas			Diabetes		Epilepsia
Musculares		Oseas			Hepatitis		Hipertensión Arterial
Otras							
¿Ha permanecido hospitalizado?							
Si	No	Observaciones					



¿Ha presentado convulsiones alguna vez?		
Si	No	Observación
¿Toma algún medicamento permanente?		
Si	No	Observación
Alergias		
Tipo de condición	Nombre	Reacción
Alimentos		
Medicamentos		
Otros		
Condiciones Crónicas		
Tipo de Condición	Nombre	Descripción/Tratamiento
Problemas Auditivos		
Problemas Visuales		
Otras Enfermedades Crónicas		
¿Le han realizado alguna cirugía?		
Si	No	Observación
¿Ha tenido alguna lesión/fractura?		
Si	No	Observación
OTRAS CONDICIONES		
Problemas Cardiacos o Respiratorios		
Tipo de problema	Descripción/ Tratamiento	
Problemas neurológicos		
Tipo de problema	Descripción/ Tratamiento	
Problemas óseos		
Tipo de problema	Descripción/ Tratamiento	
Problemas musculares		
Tipo de problema	Descripción/ Tratamiento	
Problemas endocrinos		
Tipo de problema	Descripción/ Tratamiento	
Problemas metabólicos		
Tipo de problema	Descripción/ Tratamiento	
Presenta alguna restricción médica en Actividades Físicas (Adjuntar Certificado)		SI
Qué actividad no puede realizar		NO
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 no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado. Se informa que para vacunas por temporada la institución informara sus fechas para su previa autorización.		
Nombres y Apellidos del Representante		Firma: Padre/madre o representante legal