

Ficha Médica



Datos Generales

Nombre del Alumno: _____ Sexo: _____ Grado: _____
Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ Grupo: _____
Peso: _____
Nombre del padre: _____ Tel: _____
Nombre de la madre: _____ Tel: _____

Personas autorizadas para recoger a su hijo en caso de emergencia:

Nombre: _____ Tel: _____
Nombre: _____ Tel: _____

Autorizo al Colegio a trasladar al alumno al hospital en la ambulancia contratada por el mismo

Si _____ No _____

Médico o pediatra: _____
Tel. consultorio: _____
Tel. celular: _____

Mencione los medicamentos que se autoriza dar al alumno:

Datos Médicos

Grupo sanguíneo: _____

Actividad deportiva

¿Practica algún deporte? _____ ¿Cuál? _____
¿Desde cuándo?: _____
Luxaciones: _____ Fracturas: _____
Actualmente, ¿toma algún medicamento? _____ Nombre: _____

Organos sentidos

¿Tiene problemas con su vista? _____
Debe de usar lentes: _____
¿Debe quitárselos al salir del salón? _____
¿Sangra por la nariz? _____
¿Tiene problemas de audición? _____
Antecedentes de otitis (infección de oído) _____

Sistema nervioso central

¿Padece dolor de cabeza con frecuencia? _____ En caso afirmativo, anotar el medicamento que utiliza: _____
¿Utiliza algún medicamento para el dolor? _____
¿Es inquieto (hiperactivo, hiperquinético)? _____
¿Duerme bien? _____
¿Alguna vez ha convulsionado? _____

Aparato cardiopulmonar

¿Tiene problemas para respirar?: _____

Palpitaciones: _____

Mareos: _____ Desmayos: _____

Edema (hinchazón): _____

Pérdida de conocimiento: _____

¿Dolor en el pecho con el esfuerzo físico? _____

¿Ha padecido de problemas cardiacos?: _____

¿Tiene tos frecuentemente?: _____

Asma: _____

Aparato digestivo

¿Padece reflujo?: _____

¿Dolor abdominal? _____

Tipo: _____

¿Problemas de diarrea o estreñimiento?: _____

¿Hay algún alimento que no deba comer o que le cause alergia?: _____

¿Ha padecido erupciones cutáneas?: _____

Motivo: _____

¿Qué enfermedad de la infancia ha padecido? (varicela, sarampión, paratifoidea, etc.): _____

¿Su esquema de vacunación está completo?: _____

(favor de enviar copia de cartilla)

¿Se le hacen moretes con facilidad? _____

¿Sangra en forma prolongada cuando se hace una herida?: _____

¿Antecedentes de cirugía?: _____

¿Cuáles?: _____

¿Tendencia a desmayos?: _____

¿Ha estado hospitalizado?: _____

Motivo: _____

Enfermedades que haya padecido de importancia: _____

Enfermedades crónicas: _____

Tiene alergia a algún medicamento?

¿Prefiere usted utilizar medicina homeopática como tratamiento para su hijo? _____

¿Su hijo(a) en alguna ocasión estuvo expuesto a la picadura o mordedura de algún insecto o animal ponzoñoso?:

Abeja: _____ Araña: _____ Alacrán: _____ Otros: _____

Especifique si presentó alguna reacción severa:

Para uso exclusivo del área médica del Colegio.

Observaciones:

Nombre del doctor: Dra. Karla Georgina Correa Rodríguez.

Nombre y firma del padre o tutor