



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 _____