



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