***FICHA MÉDICA ESCOLAR (ESTUDIANTES NUEVOS)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Año Lectivo** | **Sección** | **Grado/Curso** |
|  |  |  |

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apellido Paterno** | **Apellido Materno** | **Nombres** |
| **Fecha de Nacimiento:** | **Cedula de identidad estudiante :** | **Sexo: M F****Grupo Sanguíneo:** ………………………………………. |
| Nombres del Padre ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Nombres de la Madre ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Dirección domiciliaria del Estudiante…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Teléfono Mamá: ………………………………………………………………………………Teléfono Papá: …………………………………………………………………………….Teléfono de emergencia……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**PADRES SEPARADOS** SI NO

**ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESTUDIANTE**

Otros: …………………

Teléfono: ……………………

Padre y/o Madre

Madre

Padre

**EN CASO DE EMERGENCIA EL PRIMER CONTACTO SE REALIZARÁ CON:**

……

 Alergias Respiratorias SI

NO

Amigdalitis SI

NO

SI

Diabetes

NO

Hepatitis SI

NO

Bronquitis SI

NO

Rinitis Alérgica SI

NO

Asma SI

NO

Paperas SI

NO

Rubeola SI

NO

Varicela SI

NO

Sarampión SI

¿Ha padecido o padece su hijo/a de alguna de las siguientes enfermedades?

Pendientes: …………………….

NO

SI

Inmunizaciones: Esquema completo de acuerdo a edad

NO

SI

Malformaciones al nacer:

Complicaciones: …………………………………………………………….

Tipo de parto: ……………………………

TALLA: …………………… **Grupo Sanguíneo:**

PESO: ……………………………….

EDAD: ………………………………….

Otros…………………………………………………..

NO

Alergias: SI NO (Especificar Medicamento, Alimento, picaduras de insectos o Producto Adjuntar

 certificado médico que valide la condición)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ANSIEDAD: SI NO MIGRAÑA SI NO

 DEPRESIÓN: SI NO EPILEPSIA SI NO

 OTRAS PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS: ……………………………………………………………(certificado médico correspondiente)

OTITIS: SI NO (Frecuencia) ENFERMEDADES GENITOURINARIAS: SI NO ENFERMEDADES DIGESTIVAS: SI NO ENFERMEDADES MUSCULO ESQUELÉTICAS: SI ENFERMEDADES DE LA PIEL: SI NO

ANEMIA/DESNUTRICIÓN U OTRAS PATOLOGÍAS: SI NO

 ENFERMEDADES CARDIO VASCULARES: SI NO

 PROBLEMAS DE VISION: SI NO

 ¿Cuáles?

USA LENTES: SI NO

PROBLEMAS DE AUDICIÓN: SI NO ¿Cuáles?

USA AUDÍFONO: SI NO

INGRESOS HOSPITALARIOS: (Causas clínicas, ultima hospitalización) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 OPERACIONES QUIRÚRGICAS: SI NO (Especificar)

 ….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

ACCIDENTES: SI NO (Secuelas)

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 EN CASO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INDICAR PADECIMIENTO Y TRATAMIENTO ACTUAL:

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ANTECEDENTES FAMILIARES - Mencionar enfermedades hereditarias (Mama/Papa/Abuelos): ……………………..………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

EN CASO DE FIEBRE O DOLOR ¿Qué medicamentos suele comúnmente administrarle?...............................................................................................

SE HA CONTAGIADO DE COVID-19: SI  NO # a veces:…………..

HA RECIBIDO LA VACUNA DEL COVID-19: SI NO # dosis: …………..

 **OBSERVACIONES:** ……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 **Nombre, Apellidos Firma del padre/madre/representante legal**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **NOTA**: 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 del Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado. Por medio del presente autorizo al Departamento Médico que, en caso de requerirse, se de atención prioritaria a mi representado a fin de evitar consecuencias mayores.

Durante el periodo lectivo escolar es responsabilidad de los representantes dar a conocer nuevas condiciones médicas con respectivo respaldo medico al dispensario médico y autoridades pertinentes.