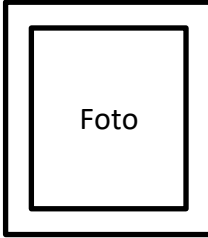


FICHA MÉDICA ESTUDIANTES ANTIGUOS

1. DATOS INFORMATIVOS

Grado o curso:		Edad:		 Foto
Fecha:				
Apellidos y nombres del alumno:				
Lugar y fecha de nacimiento:				
Padre o representante:		En caso de emergencia:		
Teléfono:		Madre:		
Lugar de trabajo:		Teléfono:		
Cargo que desempeña:		Lugar de trabajo:		

2. PRESENTA O A PRESENTADO SU HIJO/A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS O PROBLEMAS DE SALUD

SÍNTOMA	SI	NO	EDAD	DESCRIPCION
Dolores de cabeza frecuente				
Mareos				
Sensación de sueño a la lectura				
Ardor de los ojos				
Lagrimo frecuente				
Diagnóstico de otitis				
Diagnóstico de sinusitis				
Estados gripales frecuentes				
Emite ronquidos al dormir				
Faringoamigdalitis frecuentes				
Hemorragias nasales				
Dolores articulares frecuentes				
Fiebre reumática				
Problemas al caminar				
Tose con frecuencia				
Asma bronquial				
Alergias				
Alergia a Medicamentos: (Describir)				
Rinitis				
Traumatismo de cráneo				
Infección de vías urinarias				
Convulsiones por fiebre				
Intervenciones quirúrgicas				
Ha estado hospitalizado				
Displasia de cadera				
Otros				
¿Es estudiante nuevo este año escolar?				

FICHA MÉDICA ESTUDIANTES ANTIGUOS

3. EL ESTUDIANTE HA PRESENTADO LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES	SI	NO	EDAD
Sarampión			
Varicela			
Rubéola			
Tos Ferina			
Paperas			
Tifoidea			
Hepatitis			
Tuberculosis			
Meningitis			
Covid-19			

4. PERÍODO PRENATAL		
La madre del (a) estudiante presentó durante el embarazo alguna de las siguientes infecciones:		
Enfermedad	SÍ	NO
Rubéola		
Toxoplasmosis		
Varicela		

PERÍODO NATAL	
Su parto fue:	Observaciones
Normal	
Por cesárea	
Prematuro	
Presento asfixia	
Presento ictericia	
Cuantos días permaneció en el hospital o clínica	Explique la causa de permanencia en el lugar mencionado:

VACUNAS				
Tipo	Fecha de vacunación			
BCG				
PENTAVALENTE				
ROTAVIRUS				
NEUMOCOCO CONJUGADA				
DPT				
PVO POLIO				
SRP				
FIEBRE AMARILLA				
VARICELA				
SR				
HEPATITIS A				
DT				
INFLUENZA (fecha de ultima dosis)				
PAPILOMA HPV (niñas)	FECHA	1. Dosis		2. Dosis
PAPILOMA HPV (niños)	FECHA	1. Dosis		2. Dosis
COVID 19	FECHA	1. Dosis	2. Dosis	3. Dosis

FICHA MÉDICA ESTUDIANTES ANTIGUOS

ANTECEDENTES FAMILIARES

Han presentado alguno de los familiares del estudiante (hermanos, padres, tíos, abuelos una de las siguientes enfermedades:

Enfermedad	Sí	No	Parentesco
Es frecuente el uso de lentes en sus familiares			
Estrabismo			
Glaucoma			
Sordera			
Fiebre Reumática			
Hipertensión arterial			
Diabetes			
Obesidad			
Dislipidemia			
Infarto de miocardio			
Chequeo	Sí	No	Fecha
Chequeo Oftalmológico			
Audiometría			
Grupo o Tipo Sanguíneo	Grupo A	Grupo B	Grupo AB
Utiliza medicina	Homeopática	Natural	Bioenergética
Practica algún deporte:	Occidental		
Existe algún problema de salud actual que tenga que informar:			
Otros:			

Estimados padres de familia:

Con el objetivo de precautar la salud y bienestar de nuestros estudiantes, se ha dispuesto como requisito la presentación de los siguientes exámenes básicos: BHC, EMO Y COPROPARASITARIO SERIADO

Solicitamos de manera responsable y comprometida su colaboración para cumplir con este requisito, ya que estos exámenes permiten detectar oportunamente posibles afecciones y prevenir complicaciones en la salud de sus hijos. Agradecemos su apoyo en esta importante acción preventiva.

LOS EXÁMENES SOLICITADOS A LOS ESTUDIANTES QUE DEBEN ENTREGAR EL DÍA DE LAS MATRÍCULAS SON:

- 1) SANGRE: (Biometría hemática completa)
- 2) ORINA: (Elemental y microscópico de orina)
- 3) HECES: (Coproparasitario Seriado, tres muestras de heces)

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR

Representante:		Médico de la Institución:	
Firma:		Firma:	