

FICHA MÉDICO ESCOLAR 2012

GRADO ACADÉMICO:..... KINDER / PRI / SEC

APELLIDOS Y NOMBRES.....DNI:.....

DIRECCIÓN.....

TELF CASA..... CELULAR PADRE..... CELULAR MADRE.....

TELF TRAB. PADRE..... TELF TRAB. MADRE..... TELF. FAMILIAR.....

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO..... EDAD.....

SEGURO PARTICULAR.....

CLÍNICA DONDE SE ATIENDE.....

PESO AL NACER..... TALLA AL NACER..... PARTO: NORMAL () CESÁREA ()

TALLA ACTUAL..... PESO ACTUAL..... PRBLEMAS AL NACER:.....

¿QUÉ ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS HA PADECIDO Y A QUÉ EDAD?

| | | | |
|----------------|--------|--------|----------|
| SARAMPIÓN | SI () | NO () | EDAD () |
| TOS CONVULSIVA | SI () | NO () | EDAD () |
| VARICELA | SI () | NO () | EDAD () |
| RUBÉOLA | SI () | NO () | EDAD () |
| HEPATITIS | SI () | NO () | EDAD () |
| PAPERAS | SI () | NO () | EDAD () |
| OTRAS..... | SI () | NO () | EDAD () |

¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES HA PADECIDO EL MENOR?

..... EDAD ()
..... EDAD ()

¿SU DESARROLLO PSICOMOTRIZ (ANDAR, HABLAR, DENTICIÓN, EVACUAR) FUE NORMAL?

SI () NO() ESPECIFIQUE PORQUE:.....

¿TIENE SUS VACUNAS COMPLETAS?

| | | |
|---|--------|--------|
| BCG (TUBERCULOSIS) | SI () | NO () |
| TRIPLE (DIFTERIA, TÉTANO Y TOS FERINA) | SI () | NO () |
| POLIO | SI () | NO () |
| HEPATITIS A () B () | SI () | NO () |
| SARAMPIÓN | SI () | NO () |
| VARICELA | SI () | NO () |
| RUBÉOLA | SI () | NO () |
| ANTITETÁNICA | SI () | NO () |
| INFLUENZA | SI () | NO () |
| FIEBRE AMARILLA | SI () | NO () |

¿ESTUVO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ? SI () NO ()

..... EDAD ()
..... EDAD ()

**C.E.P.
CONCORDIA UNIVERSAL**

¿HA SIDO OPERADO DE ALGO? SI () NO ()
 EDAD ()

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? (ESPECIFIQUE CUAL) SI () NO ()

TIPO DE SANGRE: GRUPO SANGUÍNEO..... FACTOR RH.....

¿PADECE EL MENOR DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? (ESPECIFIQUE CUAL) SI () NO ()

ANTECEDENTES FAMILIARES:

| SALUD FAMILIAR | PARENTESCO | DESDE CUANDO |
|---------------------------|------------|--------------|
| ENFERMEDADES MENTALES | | |
| ASMA | | |
| RETARDO MENTAL | | |
| CEGUERA | | |
| PATOLOGÍAS DEL LENGUAJE | | |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | | |
| EPILEPSIA | | |
| ALCOHOLISMO | | |
| DROGADICCIÓN | | |
| DIABETES MELLITUS | | |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | | |
| OTROS: | | |

OBSERVACIONES

.....

LOS PADRES DE FAMILIA QUE SUSCRIBEN DECLARAN HABER LEIDO Y LLENADO LA FICHA MÉDICO ESCOLAR DETALLADAMENTE, POR LO TANTO EXONERAN AL COLEGIO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD POR NO HABER PROPORCIONADO LA SUFICIENTE INFORMACIÓN OPORTUNAMENTE Y/O OMITIR CUALQUIER OTRA REFERENCIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO (A).

.....
FIRMA DEL PADRE
DNI.....
email.....

.....
FIRMA DE LA MADRE
DNI.....
email.....

La Perla.....de.....del 2012

**ZORAIDA ORTIZ LOZANO
 TRABAJADORA SOCIAL**