



FICHA MÉDICA

Desde 1989

FECHA		
DD	MM	AA

INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos _____ Nombres: _____

Lugar de Nacimiento: _____ día: _____ mes: _____ año: _____ edad: _____

Documento de Identidad: T.I. N _____ de: _____

Grupo Sanguíneo _____ RH: _____

EPS a la que pertenece: _____ Otro Servicio de Salud: _____

INFORMACION CLÍNICA

Enfermedades de la infancia: (Sarampión, Varicela, Paperas, Etc.) _____

VACUNAS (desde la infancia) _____

CIRUGÍAS: NO _____ SI _____ ¿Cuáles? _____

TRAUMAS O ACCIDENTES: (Fracturas, luxaciones, esguinces, etc.) _____

ALERGIAS: (asma, urticaria, alimento). NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____

¿Tiene dificultad visual? NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____ ¿usa gafas, lentes de contacto? No _____ SI _____

¿Tiene dificultad auditiva? NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____ ¿usa audífono? NO _____ SI _____

¿Tiene algún tipo de restricción física? NO _____ SI _____ ¿Cuál? _____

Antecedentes Médicos Familiares: _____

En caso de urgencia llamar a:

1. _____ Teléfono: _____

Celular _____ Correo electrónico _____

2. _____ Teléfono: _____

Celular _____ Correo electrónico _____

NOTA: Dado que el Colegio desea colaborar en la prevención y atención de accidentes, ligado a la condición de salud de sus hijos; **ADVIERTE**: que omitir la entrega de información veraz acerca de los datos solicitados por el Colegio en esta ficha nos exonera de las responsabilidades legales por lesiones o enfermedades congénitas que puedan causar dificultades con ocasión del normal desarrollo de las diferentes actividades curriculares.

Nombre del Padre de Familia y/ Acudiente

Firma

Favor anexar fotocopias de: EPS, Vacunas (Grados Transición y Primero). Carnet de Seguro Estudiantil (si lo tiene). Resumen de Historia Clínica (si tiene patología especial)