



DEPARTAMENTO MÉDICO
FICHA MÉDICA
AÑO LECTIVO 2019 - 2020

FOTO

Nombre del estudiante:		Curso:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Tipo de Sangre:

En caso de emergencia comunicarse con:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Dirección: _____ Teléfonos: _____

DATOS DE SALUD

- El estudiante tiene algún tipo de discapacidad y/o vulnerabilidad:
Especifique cual:
- Antecedentes de enfermedad personal que ha desarrollado hasta la actualidad:
- Antecedentes de alergias: (medicamentos, alimentos, olores, etc.)
- Antecedentes de enfermedad familiar (papá, mamá, hermanos, abuelos): Diabetes, hipertensión, asma, psiquiátricos, tóxicos, etc.
- Antecedentes quirúrgicos:
- Nombre de medicamentos que esté tomando en la actualidad:
- Información importante que el Representante desee agregar:

OBSERVACIÓN: Favor enviar certificado médico (DIAGNÓSTICO) de su representado por parte del Médico Especialista en caso de presentar algún cuadro de enfermedad diagnosticada.

Padre de Familia / Representante legal	Departamento Médico
Nombre:	
Firma:	
CI:	Fecha: