



CABA, 6 de marzo de 2019

Ficha Médica

Nombres y Apellidos del alumno/a:.....
 Fecha de nacimiento:..... . Edad:..... DNI.....
 Dirección:..... T.E.:.....
 Obra Social:..... N^a de afiliado:.....

Datos de los Padres

Nombre y Apellido del Padre.....
 Nombre y Apellido de la Madre.....
 Teléfonos en caso de emergencia:1).....
 2).....

ANTECEDENTES DE LA INFANCIA

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta)

¿Nacido de parto normal? SI NO

Si contesta NO, comente brevemente el problema:

.....

VACUNACIONES

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta)

B.C.G.	SI	NO	Antimeningocócica	SI	NO
Doble	SI	NO	Antisarampionosa	SI	NO
Triple	SI	NO	Refuerzo antitetánica	SI	NO
			Fecha.....		
Otras	SI	NO	¿cuáles?.....		

ENFERMEDADES

Sarampión	SI	NO	Varicela	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	Tos convulsa	SI	NO
Diabetes	SI	NO	Hepatitis	SI	NO
Rubéola	SI	NO	Asma	SI	NO
Paperas	SI	NO	¿otra? ¿cuál?	

¿Tipo de medicación que esta utilizando?.....

Traumatismo de cráneo	SI	NO	Fracturas	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	Disritmias	SI	NO
Intervenciones quirúrgicas		SI	NO		
¿cual/es?.....					
Lesiones deportivas	SI	NO			

¿Cuál/es?.....

ALERGIAS

(Encerrar con un círculo la respuesta correcta y en caso de contestar SI indique ¿a que es alérgico)

Alimentos SI NO

¿Cuál/es?.....

Medicamentos SI NO

¿Cuál/es?.....

Picaduras de insectos SI NO

¿Cuál/es?.....

Otras SI NO

¿Cuál/es?.....

Con pérdida de conocimiento SI NO

¿Padece alguna enfermedad en la actualidad? SI NO

¿Cuál/es?.....

¿Está medicado? SI NO

Medicamento:.....

Dosis:.....

Horarios:.....

.....
Firma de la madre o tutor

.....
Firma del padre o tutor

.....
Aclaración de firma

.....
Aclaración de firma

.....
Tipo y Número de documento

.....
Tipo y Número de documento

.....
Firma del Médico Pediatra

.....
Aclaración de firma
Nº de Matrícula