

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del/la estudiante: (apellido paterno, materno y nombres):	
Fecha de nacimiento: (Día/mes/año)	
Dirección del domicilio:	
Curso:	Paralelo:

FOTO
ACTUALIZADA

2.- DATOS FAMILIARES:

	Nombres:	Edad	Profesión/Ocupación	Lugar de trabajo	Teléfonos
Madre:					
Padre:					
Otros:					

En caso de urgencia llamar a (orden de importancia), Indique obligatoriamente al menos un número fijo de contacto:

Nombre del representante Legal	Parentesco	Teléfonos celular y fijo	Número de cédula

FICHA MÉDICA DE SALUD ESTUDIANTIL

Conocer los antecedentes de salud del estudiante es una información de valor en caso de emergencias, que puede orientar el proceder del personal sanitario.

Sea verídico, y complete con detalle la información para que se proceda de la mejor manera.

Grupo sanguíneo y factor RH: (Ejemplo: O Rh+)

CONDICIÓN	SI	NO	Cuál/cuáles
¿Ha sido diagnosticado con alguna/s enfermedad/es que Ud. considere importante/s?			
¿Ha sido sometido a cirugías previas?			
¿Tiene alergias?			
¿Qué medicamentos usa?			

Antecedentes Personales: (Marque con una X si tiene alguna de estas enfermedades)

Asma ()	Neumonías ()	Bronquitis ()	Trast. Alimenticios ()	Obesidad ()
Convulsiones ()	TDAH ()	TEA ()	Gastritis ()	Cardiopatías ()
Diabetes ()	Patologías piel ()	Reflujo/Acidez ()	Infecciones vías urinarias ()	Problemas Tiroides ()

Si el estudiante requiere algún tratamiento específico durante el horario escolar, el Representante legal deberá indicar al Tutor o Tutora del curso.

Su hijo/a es propenso a padecer:

Amigdalitis repetitivas (llagas) ()	Sinusitis ()	Dolor de cabeza frecuente ()
Diarreas frecuentes ()	Estreñimiento ()	Traumatismos/caídas ()
Dolor de oídos ()	Mareos ()	

¿Es propenso/a ha pasar frío? _____ ¿Insolaciones? _____ ¿Se resfría fácilmente? _____

¿Qué medicamento/tratamiento recibe? en caso de:

Fiebre: _____ Dolor de cabeza: _____ Dolor de estómago: _____

Dolor de oídos: _____ Náuseas: _____ Diarrea: _____

Dolor muscular/golpes: _____

ACTUALIDAD:

Defina la salud actual del/la estudiante _____

¿Está siguiendo algún tratamiento médico/ psicológico, etc.? _____

¿Cuál? (especificar) _____

Recibe tratamiento farmacológico: (especifique cuál, frecuencia y dosis)

MEDICAMENTO (nombre)	CÓMO y CUÁNTO (vía oral, cutánea, etc. y dosis)	CUANDO TOMA (frecuencia, diaria, semanal, mañana, tarde, etc)

Sección para las señoritas estudiantes que hayan iniciado su ciclo menstrual:

Son regulares: _____ Dolorosos: _____ Fenómenos acomp. _____

Medicación o tratamiento: _____

Conductas favorables: _____

HÁBITOS

¿Tiene sueño sereno o turbado? _____ ¿Habla dormido? _____ ¿Tiene sonambulismo? _____

¿Tiene buen apetito? _____ ¿Es selectivo/a? _____

¿Ve bien? _____ ¿Usa lentes? _____ ¿en qué situaciones? _____

¿Oye bien? _____ ¿Usa audífonos? _____

¿Tartamudez? _____ ¿Tic nerviosos? _____

¿Fobias/Miedos/Compulsiones? _____

Contraindicaciones

¿Tiene alguna comida contraindicada? _____ ¿Cuál? _____

¿Tiene contraindicado algún medicamento? _____ ¿Cuál? _____

¿Desean agregar algo que sea importante saber sobre su hijo/a? (Carácter, Restricciones, Dificultades)

Declaro que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la **UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "JOSÉ MARÍA VÉLAZ" FE Y ALEGRÍA**, cualquier modificación de ésta.

Fecha: _____ de _____ del 202 _____

Firma del padre de familia o representante legal

