



Colegio Divino Salvador

Hermanas del Divino Salvador

FICHA DE SALUD AÑO 2018

Fecha de Elaboración: _____ Número de Ficha Médica: _____

1. DATOS GENERALES DE LA (EL) ESTUDIANTE:

Nombres y Apellidos: _____ Grado: _____

Documento de Identidad No.: _____ RH: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Género: M ___ F ___ Peso: _____ Estatura: _____

2. INFORMACIÓN MÉDICA

No. De Póliza: _____ Medicina Pre-pagada: SI _____ NO _____

¿Cuál? _____

Empresa promotora de Salud (EPS): _____

Clínica de preferencia: _____

Médico particular: _____ Teléfono: _____

3. EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfonos: _____ Celular: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfonos: _____ Celular: _____

4. INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA:

Enfermedades: _____

Toma algún medicamento en forma regular Si ___ No ___ ¿Cuál? _____

¿En qué dosis? _____

Alergia a:

Algún medicamento: _____ Picadura de Insectos _____ Plumas _____ Polvo _____

Comidas _____ Otra _____ Especificar _____

Dieta: _____

¿Tiene una alimentación adecuada y a las horas que corresponden? SI _____ NO _____

¿Le han realizado alguna cirugía? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

¿Se ha fracturado o ha tenido luxación, esguince? Sí ___ No ___ ¿En qué parte? _____



Colegio Divino Salvador

Hermanas del Divino Salvador

FICHA DE SALUD AÑO 2018

¿Cada cuánto asiste al médico? _____

¿Por qué motivo asiste normalmente a consulta médica? _____

¿Sigue las indicaciones dadas por el médico? SI ____ NO ____

¿Actualmente está bajo algún tratamiento médico? SI ____ NO ____ ¿Cuál? _____

¿Se ha purgado? SI ____ NO ____ Última fecha _____

Indique incapacidades físicas: _____

TIENE ALGÚN PROBLEMA EN LOS ÓRGANOS CITADOS A CONTINUACIÓN:

| ÓRGANOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------------|----|----|---------------|
| OJOS, NARIZ Y GARGANTA | | | |
| CABEZA Y CUELLO | | | |
| SISTEMA GENÉTICO-URINARIO | | | |
| SANGRE, VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS | | | |
| TÓRAX, PULMONES, CORAZÓN | | | |
| ABDOMEN, ESTÓMAGO, INTESTINOS | | | |
| MÚSCULOS, HUESOS | | | |
| PIEL | | | |
| OTROS ESPECIFICAR | | | |

ANTECEDENTES:

| FAMILIARES | SI | NO | PERSONALES | SI | NO | CUADRO DE VACUNACIÓN | SI | NO |
|--------------|----|----|--------------|----|----|----------------------|----|----|
| DIABÉTES | | | DIABÉTES | | | COMPLETO | | |
| TBC PULMONAR | | | TBC PULMONAR | | | FALTAN | | |
| HIPERTENSIÓN | | | HIPERTENSIÓN | | | | | |
| OTROS | | | OTROS | | | | | |

OBSERVACIONES _____

NOTA: Con la firma de este documento declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y puede ser verificada.

En caso de EMERGENCIA y teniendo en cuenta que el servicio de ambulancia es prolongado y/o no es posible la comunicación con los padres de familia y/o acudiente, autorizo al colegio a que en compañía de un docente y/o la enfermera, mi hijo(a) sea trasladado(a) a la CLINICA LA COLINA, siendo la más cercana al colegio.

Firma del Padre
C.C.

Firma de la madre
C.C.

Dirección: Carrera 75 N° 162-05 - Tels.: 6815360-6815635 - Pág. Web: www.colegiodivinosalvador.edu.co

E-mail: contactenos@colegiodivinosalvador.edu.co Nit: 860.014.480-3 -DANE: 311769000076

Resolución de Aprobación: 03960 de diciembre 09, 1999 - Licencia de Funcionamiento: Resolución 002528 mayo 19/86- CALENDARIO A

Código: GAM_14
Versión: 2