



Colegio Divino Salvador

Hermanas del Divino Salvador

FICHA DE SALUD AÑO 2020

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 2020

¿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.