

# ESCUELA PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL

## FICHA MÉDICA

Estimados padres de familia. Los datos siguientes son importantes para saber qué hacer en caso de presentarse alguna contingencia en la vida escolar. Si cree que debe informarnos de algo que considere que es de importancia o que debe ser más específico, no dude en ampliar la información. Los datos son confidenciales.

### 1. DATOS GENERALES

<input type="checkbox"/> Registro Civil					<input type="checkbox"/> Niup					<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad					<input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía					<input type="checkbox"/> C.E.				
Número Documento:																								
Nombres y Apellidos:																								
Nivel:					Año:					Fecha de nacimiento:														
EPS					MEDICINA PREPAGADA					MEDICINA ALTERNATIVA														

### TELÉFONOS DE CONTACTO ESTUDIANTE

Teléfono residencia:										Celular:									
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2. ANTECEDENTES

Médicos																								
Quirúrgicos																								
Alérgicos																								
Familiares																								
Grupo sanguíneo y Rh					Enfermedad actual					<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO					Cuál:				
Medicación por prescripción médica?										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO									
Alergia algún medicamento, comida y otros?										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO					A cuál?				
Requiere su hijo dieta alimentaria especial?										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO					Cuál?				
Tiene el esquema de vacunas sugerido para su edad?										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO									
Restricciones para realizar actividad física:										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO					Explique:				
Ha manifestado algún tipo de fobia?										<input type="checkbox"/> SI					<input type="checkbox"/> NO					Cuál?				
Nombre del pediatra o médico tratante					Teléfono consultorio					celular														

### 3. OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES ESPECIALES


FIRMA DEL PADRE										FIRMA DE LA MADRE									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--