



FICHA MÉDICA

Estimado padre de familia, acudiente o tutor del estudiante, el diligenciamiento de esta ficha médica nos permitirá caracterizar a nuestros estudiantes en sus condiciones de salud, además nos permitirá caracterizar a nuestra comunidad educativa frente a los riesgos de adquisición del COVID- 19

Este documento es esencial para la matrícula.

La información suministrada es confidencial y pasará a formar parte de la historia de salud del estudiante.

Si durante el año se presenta alguna modificación en los datos aportados, favor hacer llegar realizar la respectiva actualización con la secretaria académica.

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES COMPLETOS _____

FECHA DE NACIMIENTO DIA _____ MES _____ AÑO _____ TIPO DE DOCUMENTO T.I. __ R.C. __ N° _____

EPS _____ R.H. _____ SEXO M ___ F ___

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____

PESO _____ TALLA _____ EDAD _____ IMC (Índice de Masa Corporal) _____

2. DATOS PERSONAS DE REFERENCIA

PADRE _____ CONTACTO _____

PROFESIÓN/OCUPACIÓN/OFCIO _____ IMC (Índice de Masa Corporal) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

MADRE _____ CONTACTO _____

PROFESIÓN/OCUPACIÓN/OFCIO _____ IMC (Índice de Masa Corporal) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ CONTACTO _____

ACUDIENTE Y/O REPRESENTANTE _____ CONTACTO _____

CON QUIEN VIVE MAMÁ _____ PAPÁ _____ ABUELOS _____ OTROS _____

3. DATOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

ALERGIAS SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____

INTOLERANCIA SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____

CALENDARIO DE VACUNAS SI __ NO __

PRESENTA DISCAPACIDAD SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____

ALERGIAS SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____

INTERVENCIONES QUIRURGICAS SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____



FICHA MÉDICA

4. DIAGNÓSTICOS PSICOLÓGICOS

DIAGNÓSTICO DE BASE SI __ NO __ ¿CUÁL (ES)? _____

ENTIDAD QUE DIAGNÓSTICA: EPS _____ OTRA _____

OBSERVACIONES: _____

5. PATOLOGÍAS DE BASE

CARDIOVASCULARES _____

RESPIRATORIAS _____

PROBLEMAS DE VISTA U OIDO _____

OTRAS DIABETES _____ EPILEPSIA _____ MAREOS _____

PADECE CON FRECUENCIA DE: GRIPE _____ DIARREA _____ CEFALEA _____

OSERVACIONES _____

AUTORIZO AL COLEGIO O A LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE LAS PERSONAS DEL S&ST PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR EL MÉDICO, (FORMULA MÉDICA)

FIRMA DE ACUDIENTE _____

FECHA: _____