



# FICHA MÉDICA ESCOLAR

**Año 2024**

## **1.- DATOS DE LA ESTUDIANTE**

--	--

Nombre y apellidos

Numero Cedula de identidad

--	--	--

Curso

Edad

Fecha de Nacimiento

--

Dirección

## **2.- Colocar en orden de prioridad para avisar en caso de emergencias.**

--	--	--

Nombre y Apellidos

Parentesco

Teléfono/Celular

--	--	--

Nombre y Apellidos

Parentesco

Teléfono/Celular

--	--	--

Nombre y Apellidos

Parentesco

Teléfono/Celular

## **3.- Antecedentes Personales de Salud.**

(Marque con un X si es afirmativo y explique en caso antecedentes familiares)

- La alumna tiene problemas cardiovasculares.

SI

NO

---

- Tiene diabetes o Resistencia a la Insulina

SI

NO

---

- Es alérgica algún medicamento u otro tipo de alergia

SI

NO

---

- **Tiene dificultad respiratoria, en caso afirmativo indique si es crónico, leve o moderada.  
Indique caso INHALADOR S.O.S**

SI                      NO

---

- **Ha sufrido intervenciones quirúrgica recientemente**

SI                      NO

---

- **Sufre epilepsia, en caso afirmativo indique el grado.**

SI                      NO

---

- **Tiene alguna patología en general crónica (indique si está en tratamiento/medicamentos).**

SI                      NO

---

- **¿Posee salud compatible con actividades físicas o deportivas que el colegio ofrece?**

SI                      NO

---

**Nota:** Agradecemos su colaboración al responder este cuestionario ya que nos ayuda a descubrir los problemas de salud de la alumna(o) para evitar cualquier tipo de lesiones o trastorno derivado de una falta de información o conocimiento por parte del establecimiento.