**FICHA MÉDICA ESCOLAR** 

**Año 2025**

**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.