



FICHA MÉDICA ESCOLAR

Año 2026

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.