



Parte 1.- FICHA MÉDICA ESCOLAR

Año Escolar:

N° de Historia:

Estimados Padres y/o Representantes

La presente Ficha Médica Escolar es un instrumento utilizado para la obtención de datos personales y antecedentes clínicos más importantes del estudiante. Por lo tanto debe contestar sin omisión y llenar todos los espacios. La información es confidencial y para uso exclusivo de la Institución. Agradecemos su valiosa participación en beneficio de la salud de su representado.

1.- Datos del Estudiante

Apellidos y Nombres completo						Número de Cédula de Identidad	
Nivel/Grado/Año	Sección	Edad	Sexo	Talla	Peso	Lugar y Fecha de Nacimiento	
Grupo Sanguíneo	Factor Rh Sanguíneo	Religión		Plantel de Procedencia			
Dirección de Habitación completa y detallada						Teléfonos de habitación	

Colocar en orden de prioridad para avisar en caso de emergencia (Se efectuará tres -3- intentos en cada uno)

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil	Parentesco
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil	Parentesco
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil	Parentesco
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil	Parentesco
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil	Parentesco

2.- Datos de Afiliación a seguros

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Seguro	Teléfono	Teléfono	Número de Afiliación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Servicio de Ambulancia	Teléfono	Teléfono	Número de Afiliación

Clínicas Afiliadas más cercanas al colegio

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de la clínica	Teléfono	Teléfono
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de la clínica	Teléfono	Teléfono
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre de la clínica	Teléfono	Teléfono
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de su Pediatra o Médico Tratante		Teléfono Móvil	Teléfono Móvil

3.- Medicamentos que SI pueden ó NO ser administrados a mi representado.

Analgésicos/Antipiréticos/Antiinflamatorios	S	N
Acetaminofén (Atamel, Tachipirín, Apiret, Analper, Apyrene, etc.)		
Diclofenac (Cataflán, Voltarén, Clofén, Diklason, Dynapar; etc.)		
Ibuprofeno (Ibután, Brugesic, Advil, Buprodol, Dologesic, Femmexplus, etc.)		
Ketoprofeno (Profenid, Dolomax, etc.)		
Metanosulfonato de Dihidroergotamina (Parsel, Parsel Forte, Dol, Dolvax, etc.)		
Otros:		

Broncodilatadores	S	N
Adrenalina Subcutánea (Antialérgico, Antihemorrágico y Broncodilatador)		
Bromuro de Ipratropio+Bromhidrato de Fenoterol (Berodual, Duovent, Respidual, etc.)		
Clebuterol Clorhidrato (Buclén, Clenbuxol, Brodili, Mucosolván Compositum, etc.)		
Salbutamol de Dipropionato de Beclometasona (Ventide, Venticort-con esteroides- etc.)		
Salbutamol Sulfato (Salbután, Salbutamol, etc.)		
Otros:		

Tópicos (Antiséptico Locales)	S	N
Agua Oxigenada		
Alcohol		
Gerdex		
Yodo		
Otros:		

Antiespasmódicos	S	N
N-Butilbromuro de Hioscina (Atroverán, Buscapina Simple)		
N-Butilbromuro de hioscina+Fenildimetil-Pirazolón (Buscapina Compositum)		
N-Butilbromuro de hioscina+Paracetamol (Buscapina Plus)		
Pramiverina Clorhidrato (Sistalcín Simple)		
Otros:		

Antihistamínicos/Antialérgicos	S	N
Cetirizina (Cetirivax, Virlix, Cirtec, Cetrál, Cetrine, etc.)		
Clorfeniramina (Clorotrimetón-inyectable, etc.)		
Desloratadina (Desloratadina, Bideslorat, etc.)		
Hidrocortisona (Solucortef, Liocort, etc.)		
Loratadina (Lorex, loraval, Loriden, Loradex, Clarityne, etc.)		
Otros:		

Antieméticos	S	N
Metoclopramida (Primperán, Irtopán, Pramide, Clodixim, Metromida, etc.)		
Otros:		

Otros Medicamentos	S	N

4.- Marque con una X si el estudiante está bajo alguno de los siguientes tratamientos:

Tratamiento	X	Especifique detalladamente CUÁL	Dosis	Fecha Inicio	Fecha culminación
Médico					
Psicológico					
Neurológico					
Odontológico					
Ortopédico					
Otro:					

5.- Antecedentes Personales Patológicos (si ha padecido)

Enfermedad	Tuvo	Tiene	Detalle y Fecha	Enfermedad	Tuvo	Tiene	Detalle y Fecha
Afecciones Cardíacas				Fiebre reumática			
Afecciones de Oídos				Hemorragias			
Asma				Hepatitis			
Bronquitis				Hernias			
Convulsiones				Hipertensión arterial			
Desmayo				Laringitis			
Diabetes				Problema articular			
Diarrea crónica				Problema gastrointestinal			
Dolor de Cabeza				Problema óseo			
Enfermedad del gluten				Sinusitis			
Epilepsia				Vértigo o mareo			
Renales				Neuralgias			

Otras enfermedades importantes y/o intervención Quirúrgica

Nombre	Fecha	Observación

Alergias

Tipo	S	N	Tipo de reacción
Medicamento			
Antibiótico			
Comida			
Insecto			
Otros:			

Vacunas recibidas en el último año

Nombre	Fecha	Nombre	Fecha

Parte 2.- HISTORIA MÉDICA ESCOLAR

1.- Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completo			Número de Cédula de Identidad		
Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Teléfonos: Habitación	Móvil	Oficina
Dirección completa y detallada de Habitación			Dirección completa y detallada de Oficina		

2.- Datos del Padre

Apellidos y Nombres completo			Número de Cédula de Identidad		
Estado Civil	Profesión	Correo Electrónico	Teléfonos: Habitación	Móvil	Oficina
Dirección completa y detallada de Habitación			Dirección completa y detallada de Oficina		

3.- Antecedentes Prenatales y Perinatales

Embarazo N° Controlado Si No Pretérmino Término Postérmino

Parto: Normal Forceps Cesárea Colocar causa

Lloro al nacer: Si No Complicaciones

Peso al nacer Kg. Talla al nacer Cm. Ameritó Incubadora Si No

4.- Patología del Recién Nacido

Patología Respiratoria Ictericia Infecciones adquiridas Malformaciones Problema Neurológico

Especificar Otras Ninguna

5.- Alimentación

Lactancia materna exclusiva. Edad Meses Destete. Edad Meses Alimentación complementaria. Edad Meses

Actualmente: Dieta completa Con Apetito Poco Apetito Sin Apetito

Dieta especial. Especifique

6.- Esquema de Vacunas cumplidas. Es obligatorio indicar fecha de aplicación.

Nombre	Si	No	Dosis						Refuerzo	Indique alguna reacción
			1	Fecha	2	Fecha	3	Fecha	Fecha	
BCG										
Hepatitis B (RN)										
Antiinfluenza										
Antirotavirus										
Pentavalente										
Antipolio Oral										
Anti amarílica										
Triple Viral (SRP)										
Antineumococo										
Toxoide Tetánico (TT)										
Toxoide Diftérico (DT)										
Antihepatitis B										

7.- Antecedentes Personales Patológicos (señalado en la Actualización Ficha Médica Escolar)

8.- Antecedentes Familiares Patológicos

Patologías	Si	No	Observación	Patologías	Si	No	Observación
Alcoholismo				Hipertensión Arterial			
Anemia Drepanocítica				Nefropatías			
Cáncer				Obesidad			
Cardiopatías				Reumáticos			
Diabetes				Tabaquismo			
Enfermedad Mental o nerviosa				Talasemia			
Epilepsia				Toxicomanías			
Hemofilia				Tuberculosis			
Hepatitis				Otras:			
Hipotiroidismo				Niega Antecedentes			

9.- Desarrollo Psicomotor (Colocar la edad en meses)

Sostuvo la cabeza Se sentó Gateó Se paró Caminó
 Primeras Palabras Primeros Dientes Control esfínteres: Anal Renal

10.- Datos Epidemiológicos

Vivienda: Casa Apartamento Mascota Si No Cuál:

11.- Aspectos que desee complementar

AUTORIZACIONES

Doy mi consentimiento para que estos datos sean archivados y también incluidos en un sistema automatizado para los fines lógicos de la Institución especialmente para atender más eficazmente las incidencias relativas a la salud de mi representado que puedan sobrevenir en el colegio.

Autorizo al Personal del Servicio Medico o asignado según protocolo institucional para que administre medicación según lo señalado por mi.

Declaro que todos los datos anotados en esta ficha medica escolar son actualizados y correctos, por lo que se exime a la institucion de cualquier responsabilidad derivada de padecimientos o complicaciones en tratamientos no especificados en ella.

Me comprometo a notifiar al Servicio Médico del CEAPUCV cualquier novedad en el estado de salud de mi representado, por escrito y con soporte medico respectivo.

Entiendo que harán todos los esfuerzos necesarios para localizar a la persona según la prioridad que coloqué, en caso de no ponerse en contacto con ninguna de ellas, declaro que doy mi permiso para que mi representado sea trasladado a un servicio médico según la emergencia.

Doy mi consentimiento para que a mi representado se le realicen lo indicado en el Servicio Médico Escolar, según la planificacion del mismo, para la atencion médico-sanitaria del estudiante.

Me comprometo a **no enviar** a mi representado, por la seguridad de él y de la Comunidad Educativa, cuando esté en condiciones de salud que a continuación se menciona: Enfermedad que limite su actividad habitual; Enfermedad de atención exclusiva; Síntomas como fiebre, somnolencia, irritabilidad, dificultad respiratoria entre otras; Diarrea; Vómito; Úlcera oral u otra; Enfermedad eruptiva; Conjuntivitis; Tuberculosis; Erupción cutánea; Pediculosis; Farigitis; Escabiosis; Varicela; Tos ferina; Parotiditis; Sarampión; Hepatitis A; Periodo post operatorio; Reposo médico; Otras de proceso infeccioso y posibles Fracturas o Esguinces sin previa atención médica.

Apellidos y Nombres completo	Número de Cédula de Identidad
Firma	Fecha