



SERVICIO MÉDICO ESCOLAR

Año Escolar 2017-2018

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA MEDICA ESCOLAR Alumnos Regulares

Este documento deberá ser llenado por todos los alumnos regulares (**reinscrito**) del plantel.

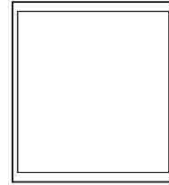
Estimados Padres y Representantes, a fin de favorecer la fluidez del proceso de inscripción de su representado. Agradecemos el seguimiento de las siguientes instrucciones:

1. Informar **novedades** en relación a antecedentes clínicos de su representado, es importante no omitir información en beneficio del alumno.
2. Actualizar, **si es necesario**, todos los datos de ubicación del representante, a fin de localizarlo si fuere necesario. **(Emergencia)**
3. Informar vigencia y filiación a Seguro y Red de Ambulancia.
4. En caso de no existir en el colegio la Ficha Médica Escolar 2016-2017 completa debe llenarla y entregarla al personal del Servicio Médico para ser anexado al archivo de Historias Médicas.
5. Se verificará en listado de Servicio la existencia de Ficha Médica anterior.
6. Agradecemos cumplir con estos requisitos a fin de evitar retrasos en el proceso de inscripción.

Servicio Médico



ASOCIACIÓN DE PROFESORES
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
CENTRO EDUCATIVO APUCV
Inscrito en el Ministerio del Poder Popular
para la Educación Cód. S1579D1503



Parte 1.- ACTUALIZACIÓN FICHA MÉDICA ESCOLAR

Año Escolar: 2017 - 2018

N° de Historia:

Estimados Padres y/o Representantes

La presente Ficha Médica Escolar tiene el objeto de Actualizar anualmente la Data del estudiante; en cuanto a datos clínicos más importantes. 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	Talla	Peso	Teléfonos de habitación

--	--	--	--	--	--

Dirección de Habitación completa y detallada

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

1					
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil Parentesco

2					
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil Parentesco

3					
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil Parentesco

4					
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil Parentesco

5					
	Nombre Completo	Teléfonos:	Habitación	Oficina	Móvil Parentesco

2.- Datos de Afiliación a seguros

Nombre del Seguro	Teléfono	Teléfono	Número de Afiliación

Nombre del Servicio de Ambulancia	Teléfono	Teléfono	Número de Afiliación

Clínicas Afiliadas más cercanas al colegio

1		
	Nombre de la clínica	Teléfono Teléfono

2		
	Nombre de la clínica	Teléfono Teléfono

3		
	Nombre de la clínica	Teléfono Teléfono

Nombre de su Pediatra o Médico Tratante	Teléfono Móvil	Teléfono Móvil	

3.- Medicamentos que pueden o no ser administrados a mi representado

Analgésicos/Antipiréticos/Antiinflamatorios	S	N
Acetaminofén (Atamel, Tachipirín, Apiret, Analper, Apyrene, etc.)		
Diclofenac (Cataflán, Voltarén, Clófén, 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.)		
Clembuterol 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-Pirazolon (Buscapina Compositum)		
N-Butilbromuro de hioscina+Paracetamol (Buscapina Plus)		
Pramiverina Clorhidrato (Sistalcín Simple)		
Otros:		

Antihistamínicos/Antialérgicos	S	N
Cetirizina (Cetirivax, Virlix, Cirtec, Cetral, Cetrine, etc.)		
Clorfeniramina (Clorotrimetón-inyectable, etc.)		
Desloratadina (Desloratadina, Biodeslorat, etc.)		
Hidrocortisona (Solucortef, Liocort, etc.)		
Loratadina (Lorex, Ioraval, 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 algunos de los siguientes tratamientos

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

Otras enfermedades importantes y/o intervención Quirúrgica

Nombre	Fecha	Observación

Vacunas recibidas en el último año

Nombre	Fecha	Nombre	Fecha

Alergias

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

Parte 2.- HISTORIA MÉDICA ESCOLAR

1.- Datos de la Madre

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

3.- 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 Médico o asignado según protocolo institucional para que administre medicación según lo señalado por mí.

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

Me comprometo a notificar al Servicio Médico del CEAPUCV cualquier novedad en el estado de salud de mi representado, por escrito y con soporte médico 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 planificación del mismo, para la atención 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