

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

F-COME-05-03-FICHA MEDICA

COLEGIO:..... AÑO / GRADO..... DIVISIÓN:..... TURNO:.....

DATOS PERSONALES:

Nombre Apellido:..... Edad: años. Fecha de Nacimiento:...../...../.....

D.N.I.:..... Teléfono:..... Domicilio:..... Localidad.....

En caso de emergencia avisar a:.....

Domicilio:..... Teléfono:..... Parentesco:.....

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

Grupo Sanguíneo: Grupo..... Factor..... Medicamentos:..... Penicilina:.....

Comidas:..... Alérgico:.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEADES

Padece o padeció: (marque con **X** lo que corresponda)

Rubéola..... Anginas..... Asma..... Sarampión..... Bronquitis..... Otitis..... Infecciones Urinarias:

Varicela..... Poliomielitis..... Diabetes..... Convulsiones..... Hepatitis..... Epilepsia..... Otras:

TENDENCIA A:

Resfríos..... Hemorragias..... Conjuntivitis..... Jaquecas..... Diarreas..... Afecciones Hepáticas.....

Enuresis..... Afecciones al oído..... Constipación..... Desmayos..... Vómitos..... Otras:.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: (diagnóstico y fecha).....

VACUNACIÓN: marque con **X**. Antitetánica..... Fecha...../...../..... Antisarampionosa..... fecha...../...../.....

SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN, MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:

DIAGNOSTICO.....

MEDICAMENTOS.....

DOSIS.....

OBSERVACIONES.....

Firma Y Sello Del Médico

LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA FICHA SON DE CARÁCTER CONFIDENCIAL.

La presente ficha tiene carácter de declaración jurada, dándose por ciertos los datos consignados. Por la presente, en mi carácter de padre, madre, tutor o encargado autorizo a los facultativos que deban atender a mi hijo, a que realicen prácticas médicas y / o intervenciones quirúrgicas aconsejables para el tratamiento de un accidente o enfermedad.

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
DNI