

## FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

COLEGIO:.....AÑO.....DIVISIÓN:.....

### 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 ENFERMEDADES

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

Rubéola..... Anginas..... Asma..... Sarampión..... Bronquitis.....

Varicela..... Poliomiélitis..... Diabetes..... Convulsiones..... Hepatitis.....

Otitis..... In. urinarias..... Epilepsia..... Otras.....

### TENDENCIA A:

Resfrios..... Hemorragias..... Conjuntivitis.....

Afec. al oído..... Constipación..... Desmayos.....

Enuresis..... Diarreas..... Afec. hepáticas.....

Jaquecas..... Vómitos.....

OTRAS.....

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

.....

### ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN: marque con **X**

Antitetánica..... fecha...../...../..... Antisarampionosa..... fecha...../...../.....

SI ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA AFECCIÓN,

MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:

DIAGNOSTICO.....MEDICAMENTOS.....

.....DOSIS.....

.....  
Firma del Padre

.....  
Firma y Sello del Médico