

FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS

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 ENFERMEDADES

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

Rubéola Anginas Asma..... SarampiónBronquitis Otitis Inf. Urinarias:

Varicela.....Poliomielitis Diabetes.....ConvulsionesHepatitisEpilepsiaOtras:

TENDENCIA A:

ResfriosHemorragias.....ConjuntivitisJaquecasDiarreas..... Afec. Hepáticas

Enuresis Afec. al oído..... ConstipaciónDesmayos 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 MEDICO

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 del padre, madre o tutor.

.....
D.N.I

.....
ACLARACION