



FICHA MÉDICA COLEGIO PUREZA DE MARÍA-PANAMÁ

APELLIDOS..... NOMBRE.....

EDAD..... FECHA DE CUMPLEAÑOS..... GRADO.....

PERSONAS Y TELÉFONOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

.....

-TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A:

Algún medicamento
Polvo
Flores, plantas
Picaduras de insectos

Algún alimento
Polen
Pelos de animales
Otros

ESPECIFICAR.....

-ES PROPENSO A:

Anginas
Crisis epilépticas
Insomnio
Dolores de cabeza

Mareos
Dolores de estómago
Fiebre
Otros

ESPECIFICAR.....

- ¿TIENE TODAS LAS VACUNAS?.....

- ¿Se encuentra actualmente bajo medicación?.....

- ¿Por qué motivo?.....

- ¿Qué medicamento?.....

- ¿Cuántas tomas al día?.....

RÉGIMEN ALIMENTICIO ESPECIAL:

.....
.....

ENFERMEDADES PREVIAS Y HOSPITALIZACIONES:

.....

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD ACTUALMENTE? : SI ___ NO ___ ¿Cuál?

¿QUÉ TRATAMIENTO RECIBES?:

.....

¿CUÁLES FUERON TUS ULTIMAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: TALLA ____ cm. PESO ____ Kg

¿Tiene alguna dificultad física?(de vista, dislexia, etc.) ¿Cuál?.....

**INDIQUE CUALQUIER OTRO DATO QUE ESTIME SEA DE INTERÉS PARA UN MEJOR
CONOCIMIENTO DEL NIÑO/A:**

.....
.....
.....
.....

.....
FIRMA DEL ACUDIENTE

TELÉFONO CELULAR: