

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DIA

MES

AÑO

FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO

FECHA DE NACIMIENTO

DIA

MES

AÑO

EDAD

LUGAR DE NACIMIENTO

TALLA

PESO

GRUPO SANGUÍNEO

EPS

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO FUNCIONARIO

TELÉFONO

ACUDIENTE

TELÉFONO

DATOS BASICOS DE SALUD

ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN SEGÚN LA EDAD

SI

NO

¿HA SUFRIDO DE ENFERMEDADES IMPORTANTES? SI ____ NO ____
ESPECIFIQUE CUÁLES?

¿HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

ASMA

SI

NO

CONVULSIONES

SI

NO

DERMATITIS

SI

NO

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

SI

NO

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

SI

NO

CIRUGÍAS (ESPECIFIQUE)

SI

NO

OTRA ENFERMEDAD IMPORTANTE ESPECIFIQUE

SI

NO

¿A PRESENTADO REACCIONES ALÉRGICAS?

SI

NO

ALIMENTARIAS

SI

NO

MEDICAMENTOS

SI

NO

MEDIO AMBIENTE

SI

NO

¿SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO MÉDICO?

SI

NO

TIENE ALGUNA DEPENDENCIA A UN MEDICAMENTO

SI

NO

PRESENTA ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL (ESPECIFIQUE)

SI

NO

SEÑALE ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR POR PRESCRIPCIÓN MEDICA (ADJUNTAR LA ORDEN)

ANTECEDENTES FAMILIARES IMPORTANTES

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información registrada en éste documento es cierta y acepto la verificación de los documentos e información aportada.

FIRMA Y CÉDULA DEL FUNCIONARIO