

Jardín Evangélico Americano Diegep 1608

FICHA MÉDICA

Año:

Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre:

Domicilio: Localidad:

Tel:

HISTORIA CLÍNICA

1) ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA:

- | | | | |
|--------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Sarampión | <input type="checkbox"/> | Enfermedades renales | <input type="checkbox"/> |
| Difteria | <input type="checkbox"/> | Paperas | <input type="checkbox"/> |
| Poliomelitis | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> |
| Tos convulsa | <input type="checkbox"/> | Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> |
| Varicela | <input type="checkbox"/> | Enfermedades sistema nervioso | <input type="checkbox"/> |
| Rubeola | <input type="checkbox"/> | Enfermedades respiratorias | <input type="checkbox"/> |
| Escarlatina | <input type="checkbox"/> | Enfermedades circulatoria | <input type="checkbox"/> |
| Covid-19 | <input type="checkbox"/> | | |

Convulsiones por

Otras:

2) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:

Detallar cuáles:

3) ACCIDENTES QUE HAYA PADECIDO:

4) ES ALÉRGICO A:

Penicilina: SI/NO

Sulfas: SI/NO

Otras:

5) GRUPO SANGUÍNEO:

6) ENFERMEDADES QUE PADECE O LAS QUE ES PROPENSO:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Sonambulismo | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Bronquitis | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Problemas visuales | <input type="checkbox"/> |
| Reumatismo | <input type="checkbox"/> | Problemas alérgicos | <input type="checkbox"/> |
| Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> | Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> |
| Problemas nerviosos | <input type="checkbox"/> | | |

Otras enfermedades:

7) ¿TIENE ALGÚN DIAGNÓSTICO PREDETERMINADO? (en caso afirmativo especificar cuál)

.....
.....

8) ¿SIGUE ALGÚN TRATAMIENTO? ¿CUÁL?

.....

9) ¿SE LE ESTÁ ADMINISTRANDO ALGÚN MEDICAMENTO? ¿CUÁL?

.....

10) ¿TIENE RÉGIMEN DE COMIDA ESPECIAL? ¿CUÁL?

.....

11) ¿TIENE ACTIVIDAD FÍSICA LIMITADA?

12) ¿ESTÁ AFILIADO A ALGÚN PLAN PREPAGO DE PRESTACIONES MÉDICAS Y OBRA SOCIAL?

SI/NO ¿Cuál?

13) VACUNAS:

FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNACIÓN

B.C.G.

Triple:

Sabín:

Antisarampionosa:

Otras:

14) APTITUD FÍSICA: Adjuntar al dorso

15) AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR LOS PRIMEROS AUXILIOS:

- En caso de accidente autorizo a mi hijo/hija a recibir los primeros auxilios por el servicio de emergencias médicas que dispone el instituto Evangélico Americano.
- En el caso de que el profesional médico que lo atienda indique un traslado urgente, autorizo a que mi hijo/hija sea derivado/a y traslado/a al centro asistencial más cercano, que disponga la escuela.

Firmas en conformidad: (firma y aclaración)

Mamá:

Papá:

Tutor: