

Jardín Evangélico Americano Diegep 1608

FICHA MÉDICA 2027

Año: Fecha:/...../.....

Apellido y Nombre:

Domicilio: Localidad:

Tel:Correo electrónico vigente:

HISTORIA CLÍNICA

1)ENFERMEDADES PADECIDAS HASTA LA FECHA:

Sarampión	☐	Enfermedades renales	☐
Difteria	☐	Paperas	☐
Poliomelitis	☐	Hepatitis	☐
Tos convulsa	☐	Enfermedades cardíacas	☐
Varicela	☐	Enfermedades sistema nervioso	☐
Rubeola	☐	Enfermedades respiratorias	☐
Escarlatina	☐	Enfermedades circulatoria	☐
Covid-19	☐		

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	☐	Asma	☐
Diabetes	☐	Bronquitis	☐
Epilepsia	☐	Problemas visuales	☐
Reumatismo	☐	Problemas alérgicos	☐
Problemas auditivos	☐	Problemas respiratorios	☐
Problemas nerviosos	☐		

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 o el profesional médico.

Declaro que todos los datos anteriores son verídicos. Firmas en conformidad: (firma y aclaración)

Mamá:

Papá:

Tutor: