



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAGRADOS CORAZONES"

DEPARTAMENTO MÉDICO

FICHA MÉDICA 2019-2020

FOTO

DATOS PERSONALES

_____ APELLIDOS _____ NOMBRES _____
GRADO/CURSO _____ PARALELO _____
DIRECCIÓN _____
TELF. DOMICILIO _____ N° CELULAR PADRE _____ N° CELULAR MADRE _____
EMERGENCIA NÚMERO TELEFÓNICO FAMILIAR CERCANO _____
PROCEDENCIA: _____ RESIDENCIA: _____
TIPO DE SANGRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: Año _____ / mes _____ / día _____
EDAD ACTUAL: _____
Nacida de parto: normal ___ cesárea ___
Nació a: término ___ prematuro/a ___ postmaduro/a ___

¿Existió algún problema al momento del nacimiento?

¿Su desarrollo psicomotriz fue normal? (sostuvo la cabecita, se sentó, caminó a las edades adecuadas)

SI () NO () especifique

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

ENFERMEDAD	SI	NO	DESCRIPCIÓN
ALERGIA			Medicamentos _____ Alimentos _____ Otros _____
CARDÍACA			
RESPIRATORIA			
DIGESTIVA			
NEUROLÓGICA			
HEMOLINFÁTICA (sangre)			
URINARIA			
TRAUMATOLÓGICA (óseo)			
QUIRÚRGICA (cirugías)			

PATOLOGÍAS

Padece alguna enfermedad actualmente (especifique) _____

Acude a control médico periódico por ese motivo _____



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAGRADOS CORAZONES"

Nombre del médico tratante _____

Toma medicamentos actualmente (especifique cual y dosis) _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

Edad de la primera menstruación _____	Ciclos menstruales Regulares _____ Irregulares _____
---------------------------------------	---

Estuvo hospitalizada/o alguna vez: Si () No () Causa _____

VACUNAS:

Varicela: SI ___ NO ___ Hepatitis A: SI ___ NO ___ Tifoidea: SI ___ NO ___ Poliomielitis: SI ___ NO ___
Rubeola: SI ___ NO ___ Hepatitis B: SI ___ NO ___ Sarampión: SI ___ O ___ Otras: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

Enfermedad	Parentesco
ASMA	
EPILEPSIA	
DIABETES	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
CÁNCER	

FIRMA DEL REPRESENTANTE: _____

Nombres Completos del Representante: _____

Nota: El examen físico a continuación se realizará en el Departamento Médico paulatinamente una vez iniciado el año lectivo.

EXAMEN FÍSICO

PESO _____ kg TALLA _____ m

SIGNOS VITALES:

TEMPERATURA _____ T/A _____ PULSO _____ SO₂ _____

EXAMEN DE PIEL Y FANERAS: _____

EXAMEN CARDIOVASCULAR: _____

EXAMEN RESPIRATORIO: _____

EXAMEN DE ABDÓMEN: _____



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "SAGRADOS CORAZONES"

EXAMEN OSTEOARTICULAR: _____

INGLE-PERINE _____

MIEMBROS SUPERIORES _____

MIEMBROS INFERIORES: _____

EXAMEN NEUROLÓGICO: _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: _____

DIAGNÓSTICO: _____

OBSERVACIONES:

Md. Ligia Balcázar P.