



**FICHA MÉDICA**

<b>Nombre del Estudiante:</b>		<b>Grado:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Documento DNI:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Teléfonos de contacto: MADRE:</b>		<b>Celular:</b>	
<b>PADRE:</b>		<b>Celular:</b>	
<b>Caso de emergencia llamar a</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Correo electrónico PADRE:</b>		<b>MADRE:</b>	

**LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS**

Número de hermanos		ULTIMO CONTROL	
Orden que ocupa		RELIGIÓN	
<b>MARCAR (X) EL TIPO DE PARTO</b>		<b>LLENE LA INFORMACIÓN</b>	
NORMAL		TIPO DE SANGRE	
CESARIA		TALLA	
COMPLICACIONES		PESO	
Enfermedades sufridas		Vacunas	
Edad aprox.	Enfermedad	Edad aprox.	Vacuna
<b>ALERGIAS A MEDICAMENTOS</b>	<b>ALERGIAS ALIMENTARIAS</b>	Colocar si o no	
		Edu.especial NEE	
		Apoyo SAANEE	
<b>ASPECTO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>EDAD</b>	<b>INDICAR MEDICACIÓN FRECUENTE</b>
Psicomotriz	LEVANTO LA CABEZA		
	SE SENTÓ		
	SE PARÓ		
	CAMINÓ		
	CONTROLÓ LOS ESFÍNTERES		
Lenguaje	HABLO PRIMERAS PALABRAS		
	HABLÓ CON FLUIDEZ		
<b>MARCAR CON (X) LAS ENFERMEDAD PRE EXISTENTES</b>		<b>EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS</b>	
Broncopulmonares			
cardiovasculares			
neurológicas			
otros			
Su niño cuenta con algún seguro médico particular (EPS, de salud, contra accidentes, etc) indicar el número de póliza, la CIA, aseguradora y teléfono de referencia :			

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable de Matrícula: \_\_\_\_\_