

FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO



APELLIDO Y NOMBRE: _____
DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
TEL: _____ TEL CELULAR MADRE: _____
TEL CELULAR PADRE: _____ E-MAIL: _____
GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH: _____
COLEGIO: _____ CURSO: _____

¿PADECE O HA PADECIDO EN ALGÚN MOMENTO ESTAS ENFERMEDADES?

(Redondear lo que corresponda)

RUBEOLA	SI - NO	ASMA	SI - NO
SARAMPIÓN	SI - NO	DIABETES	SI - NO
VARICELA	SI - NO	EPILEPSIA	SI - NO
HEPATITIS	SI - NO	ENF. CELIACA	SI - NO

¿PADECE O HA PADECIDO ALGUN TIPO DE ALERGIA?

PICADURA DE INSECTOS _____ SI - NO a cual _____
ALIMENTOS _____ SI - NO a cual _____
MEDICAMENTOS _____ SI - NO a cual _____
OTROS: _____
ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN: _____
ANTITETANICA:/...../...../..... ¿ÚLTIMA VACUNA?

SI SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MEDICO MENCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS:

TIPO DE AFECCIÓN: _____
DIETA: _____
MEDICAMENTOS: _____ DOSIS: _____
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: _____ MÉDICO TRATANTE: _____
DOMICILIO: _____ TEL.: _____
(No olvidar llevar los medicamentos necesarios para su tratamiento).

Firma Médico de cabecera

*IMPORTANTE: entregar esta ficha medica al coordinador o docente

Autorizo a mi hijo/a _____
a realizar el viaje de estudio a: _____
Desde el día/...../..... La presente ficha tiene carácter de declaración jurada, dandose por cierto los datos consignados.
Rosario, _____ de _____ de _____

Firma de madre, padre o tutor _____ Aclaración: _____