



INFORME MÉDICO ESTUDIANTIL 2019

INFORMACIÓN QUE DILIGENCIA LOS PADRES

NOMBRE: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ CURSO: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

EPS A LA QUE PERTENECE: _____ No. de afiliación: _____

INFORMACIÓN QUE DILIGENCIA EL MÉDICO

ANTECEDENTES PERSONALES

EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ T.A. _____ F.C. _____

PATOLÓGICOS _____

TÓXICOS _____

TRAUMÁTICOS _____

QUIRÚRGICOS _____

HOSPITALARIOS _____

FARMACOLÓGICOS _____

ALÉRGICOS A: ALIMENTOS: _____ MEDICAMENTOS: _____

CONTRAINDICACIONES _____

EXAMEN OJOS: (fecha y resultados) _____

EXAMEN AUDITIVO: (fecha y resultados) _____

MEDICAMENTOS PERMANENTES: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES CONVULSIONES ASMA ENFERMEDADES CARDIACAS

OTRA: _____

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

BCG DPT DT POLIO NEUMOCOCO TRIVIRAL

VARICELA HEPATITIS A HEPATITIS B HEMOPHILUS

OTRAS: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL MÉDICO

REG. No. _____

Fecha: _____

IMPORTANTE: Declaramos que la información aquí registrada es completa y correcta. Si se omite información RELEVANTE para el Colegio, esto lo libera de cualquier responsabilidad. Recuerde que el Colegio no prescribe ni suministra ningún tipo de medicamento, en razón a la normatividad existente.

La familia recibirá comunicación en caso de accidente y recogerá al (a) estudiante en el colegio.

FIRMA PADRE

FIRMA MADRE