



# 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.

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA MADRE