



INFORME MÉDICO ESTUDIANTIL 2020

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