



FICHA MÉDICA
Periodo académico
Agosto 2017 - Mayo 2018

Nombre del Alumno _____ Apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Grupo Sanguíneo _____

Nombre y Apellido del Padre: _____

Nombre y Apellido de la Madre: _____

Nombre del Pediatra: _____ Teléfonos: _____

Nombre y Teléfono del acudiente en caso de emergencia (Persona diferente a los Padres)

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos _____

Tóxicos _____

Traumáticos _____

Alérgicos _____

Quirúrgicos _____

Hospitalarios _____

Farmacológicos _____

Toma Medicamentos permanentes (nombre y dosis)

Contraindicaciones _____

Recomendaciones especiales (dietas médicas, procedimientos, etc.)

ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes _____

Convulsiones _____

Asma _____

Enfermedades Cardiacas _____

Cáncer _____

Otras Enfermedades _____

ESQUEMA DE VACUNACION VIGENTE A LA FECHA

BCG _____ Neumococo _____

DPT _____ Varicela _____

Polio _____

Tripleviral _____ Otras _____

Hepatitis A _____

Hepatitis B _____

Favor leer y firmar al respaldo 

PARA FIRMA DE LOS PADRES

Nosotros _____ y
_____ en calidad de padres del
menor _____,
por medio de este documento aceptamos haber consignado en esta ficha médica
toda la información actualizada relacionada con el estado de salud de nuestro hijo/a ,
debidamente certificada por el médico firmante y aceptamos la política de suministro
de medicamentos establecida por CENTRO INFANTIL TOY FELIZ en razón de la cual el
Jardín sólo suministra medicamentos a los niños cuando son recetados por el pediatra
y se ha entregado a la profesora la receta médica correspondiente. Igualmente,
aceptamos que cuando CENTRO INFANTIL TOY FELIZ solicite los servicios de primeros
auxilios, el médico que evalúe al niño, le suministre los medicamentos que, para
atender la emergencia, considere necesarios.

Fecha _____ de 20__

Firma del Padre

Firma de la Madre