



MATRICULAS II SEMESTRE 2014

FICHA DE SALUD

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO QUE SE INSCRIBE _____

Los antecedentes médicos de su hijo, así como su estado actual de salud, son de vital importancia para nosotros. Solicitamos diligenciar esta información de la manera más precisa posible con el fin de brindar la mejor atención a su hijo.

ANTECEDENTES ALERGICOS (Especificar)

Medicamentos	Picaduras Insectos
Alimentos	Otros

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (Especificar)

--

ANTECEDENTES TRAUMATICOS (Especificar)

--

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Por favor marque con una X y especifique el tipo de enfermedad anterior o actual y el tratamiento que recibe:

Diabetes	Enf. Sistema Digestivo
Migraña	Enf. del Corazón
Asma	Enf. de los ojos
Convulsiones	Enf. De los oídos
Alergias	Bronquitis
Paperas	Hepatitis
Eruptivas: Sarampión ____ Varicela ____ Rociola ____	Amigdalitis
Otros	

TRATAMIENTOS ESPECIALES

--

RECOMENDACIONES ESPECIALES

--

TOMA ALGUN MEDICAMENTO EN FORMA PERMANENTE? SI ____ NO ____

Nombre	Dosis
--------	-------

ULTIMA VALORACION AUDITIVA?

Fecha:	Observaciones:
--------	----------------

ULTIMA VALORACION DE AGUDEZA VISUAL?

Fecha:	Observaciones:
Utiliza Anteojos? Si ____ No ____	Otros:

En caso de emergencia autorizamos a KINDEREN HOUSE a que traslade a nuestro(a) hijo(a) a la clínica:

Médico	Tel.	Cel.
--------	------	------

E.P.S	N° afiliación
Medicina Prepagada	N° afiliación
Grupo Sanguíneo	A+ ____ A- ____ B+ ____ B- ____ AB+ ____ O+ ____ O- ____ Otro _____

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DE LA MADRE _____

Nota: Es necesario presentar fotocopia actualizada del carné de vacunas con el esquema de vacunación completo (Decreto 085 de Marzo de 2003) **Si presenta alguna patología especial, es indispensable adjuntar la historia médica.** Por favor anexar si se requiere, la fotocopia de la dieta formulada por el médico y/o nutricionista. Los estudiantes nuevos deben adjuntar valoraciones recientes de Audiometría (auditiva) y Visiometría (Visual)