





# FICHA MÉDICA PRIMARIA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)      Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

## DATOS MÉDICOS

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Indique qué medicamentos toma en caso de fiebre: \_\_\_\_\_

dolor de cabeza: \_\_\_\_\_ dolor de estómago: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Sarampión       Varicela       Hepatitis       Paperas       Rubéola       Crisis convulsiva

Intervenciones quirúrgicas y fecha:       Enfermedades Respiratorias       Otros

Traumatismos y fecha: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A:**  Medicamentos: \_\_\_\_\_  Alimentos: \_\_\_\_\_

Plantas: \_\_\_\_\_  Otros: \_\_\_\_\_

Padecimientos actuales: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico ó control preventivo: \_\_\_\_\_

Indique si existe algún medicamento de primeros auxilios que a su hijo (a) **no debe administrársele** en el colegio: \_\_\_\_\_

Nombre de su pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono (s) \_\_\_\_\_

**Autorizo en caso de emergencia y de no encontrar a los padres o que la gravedad del caso lo amerite a que la escuela actúe como lo crea conveniente.**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o tutor**

\_\_\_\_\_  
**Firma**