



FICHA MÉDICA SECUNDARIA

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