



Año Académico	Grad./Curso

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

**DATOS DE FILIACIÓN**

Código \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_

Apellido Materno \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

M       F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono casa: \_\_\_\_\_

Teléfono oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Padres separados:       Si       No      N° Seguridad Social Alumno: \_\_\_\_\_

**PEDIATRA DEL ALUMNO (A) O MÉDICO DE CABECERA DE LA FAMILIA:**

Dr. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA EL PRIMER CONTACTO SE REALIZARÁ CON:**

Padre       Madre       Padre y/o Madre       Otros: Tel: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Edad \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Complicaciones: \_\_\_\_\_

Malformaciones al nacer:       Si       No      Especifique: \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: Esquema completo acorde a su edad:       Si       No      Pendiente: \_\_\_\_\_

¿Ha padecido o padece su hijo (a) de alguna de las siguientes enfermedades?

Epilepsia       Si       No

Varicela       Si       No

Hepatitis       Si       No

Sarampión       Si       No

Tosferina       Si       No

Mononucleosis       Si       No

Paperas       Si       No

Diabetes       Si       No

Tuberculosis       Si       No

Rubeola       Si       No

Alergias  Sí  No (especificar alimento, medicina o producto) .....

Asma  Sí  No Alergias respiratorias.....

Bronquitis  Sí  No Amigdalitis  Sí  No (Frecuencia).....

Otras patologías neurológicas  Sí  No.....

Otitis  Sí  No (Frecuencia).....

Enfermedades genitourinarias  Sí  No.....

Enfermedades digestivas  Sí  No.....

Enfermedades músculo esqueléticas  Sí  No.....

Enfermedades de la piel  Sí  No.....

Anemia u otras patologías hematológicas  Sí  No.....

Enfermedades cardiovasculares  Sí  No.....

Problemas de visión  Sí  No ¿Cuáles?.....

Problemas de audición  Sí  No ¿Cuáles?.....

Ingresos hospitalarios (Causas y frecuencia)  Sí  No.....

Accidentes  Sí  No (Secuelas).....

Operaciones quirúrgicas  Sí  No (Causa).....

En caso de patologías crónicas. Indicar padecimiento y tratamiento actual .....

En caso de fiebre o dolor ¿Qué medicamento suelen administrarle? .....

Antecedentes familiares: de interés (Mencionar enfermedades hereditarias).....

Observaciones: .....

*Fecha, Nombre, Apellidos y Firma del padre / madre / representante legal  
D.N.I. / C.I. pasaporte*

*NOTA: En caso de emergencia autorizo al Departamento Médico del Colegio a trasladar a mi hijo(a) a un centro hospitalario. Los datos consignados en esta ficha médica son enteramente responsabilidad de los padres y/o representantes del alumno, por lo que en caso de no consignarlos, actualizarlos u omitirlos, el Departamento Médico del Colegio no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.*