



COLEGIO NUMEN
A-675

FICHA MÉDICA

Apellido y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Grado / Sección: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Sanatorio donde desea ser internado en caso de necesidad: _____

Obra Social y/o Pre-paga: _____

Grupo Sanguíneo: _____ Factor : _____

VACUNAS

Antituberculosa Fecha _____ Antitetánica Fecha _____

Antipoliomelítica Fecha _____ Doble Fecha _____

Antisarampionosa Fecha _____ Triple Fecha _____

MARQUE CON UNA CRUZ SI TUVO

Sarampión

Varicela

Tos Convulsa

Paperas

Escarlatina

Operaciones: _____

Traumatismos o Fracturas: _____

¿Es alérgico? _____ ¿ A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

Alérgico a analgésicos _____ a antibióticos _____

¿Tiene dificultad con algún tipo de alimentación común? _____

¿Toma algún medicamento? (prescripción y duración del mismo) _____

¿Tiene dificultad cuando viaja en un medio de transporte? _____

¿Cómo contrarresta este inconveniente? _____

Cualquier indicación de carácter médico que considere de importancia indicar _____

.....
Fecha

.....
Firma de Padre o Madre