



**COLEGIO
LUIGI
PIRANDELLO**
Formamos líderes transformadores.

FICHA MÉDICA 2022

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL(A) ESTUDIANTE:

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DILIGENCIADA POR LOS PADRES

FOTO
DEL
ESTUDIANTE

Nombre Completo del(a) Estudiante:					
Fecha de nacimiento:	DD	MM	AA	Grupo sanguíneo:	
Documento Identidad:	RC	TI	CC	#	
Grado:	Edad				
Domicilio:				Teléfono:	
Hermanos en otros cursos:	SÍ	ESPECIFIQUE GRADO	NOMBRE DEL ESTUDIANTE		
	NO				
Nombre de Madre:				Celular:	
				Teléfono fijo:	
Nombre del Padre:				Celular:	
				Teléfono fijo:	

*Servicios de salud

EPS:	Medicina Prepagada/complementaria:
------	------------------------------------

** En caso de urgencias llamar a:

Nombre:	Parentesco:
Teléfono fijo 1:	Celular 1:
Nombre 2:	Parentesco 2:
Teléfono fijo 2:	Celular 2:

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

IMPORTANTE: Declaramos que la información aquí registrada es completa y correcta. Si se omite información RELEVANTE para el CLP, esto lo libera de cualquier responsabilidad. Recuerde que el CLP no prescribe ni suministra ningún tipo de medicamento, salvo previa autorización del padre de familia/acudiente del menor que requiera algún medicamento o que haya sido entregada con anticipación la formulación médica requerida al Colegio para tratar alguna enfermedad.

II. INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Esta información deberá ser diligenciada por el médico. **Peso:** _____ **Talla:** _____

- **Esquema de vacunación.**

BCG FIEBRE AMARILLA INFLUENZA HEPATITIS A HEPATITIS B TRIVIRAL
DPT DT POLIO NEUMOCOCO VARICELA COVID-19 Otro ¿Cuál? _____

- **Antecedentes familiares**

DIABETES CONVULSIONES ASMA ENFERMEDADES CARDIACAS
OTRA ¿Cuál? _____

- **Antecedentes Médicos del(a) Estudiante:**

Mencione aquellas enfermedades y/o trastornos importantes que ha padecido o padece el(la) Estudiante.

Enfermedad	SÍ	NO	Observaciones
Patológicos/enfermedades			
Tóxicos			
Traumáticos			
Quirúrgicos			
Hospitalarios			
Farmacológicos			
Otra. ¿Cuál?			

III. Medicamentos de uso habitual:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Uso

IV. Alergias:

Medicamento	Ambientales	Alimentos

V. Exámenes

Tamizaje	Observaciones
Visual:	
Auditivo:	

Hago constar que el paciente se encuentra en buen estado general y no presenta hasta la fecha sintomatología clínica de enfermedades infecto-contagiosas que le impidan vivir en comunidad.

VI. **Observaciones y recomendaciones generales de salud del paciente.**

Firma del Médico

REG. No. _____

Fecha: _____