



**COLEGIO
LUIGI
PIRANDELLO**
Formamos líderes transformadores.

FICHA MÉDICA 2025

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL(A) ESTUDIANTE:

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DILIGENCIADA POR LOS PADRES DE FAMILIA.

Nombre Completo del(a) Estudiante:					FOTO DEL 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:		
			Correo:		
Nombre del Padre:			Celular:		
			Teléfono fijo:		
			Correo:		

*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:

*** Su hijo (a) es apto y está en condiciones de practicar actividad física: SI ___ NO ___

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 entregado con anticipación la formulación médica al colegio requerida para tratar alguna enfermedad.



**COLEGIO
LUIGI
PIRANDELLO**

Formamos líderes transformadores.

II. INFORMACIÓN MÉDICA. ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DILIGENCIADA SOLO POR EL MÉDICO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **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			
Psicológicos/Psiquiátricos			
Otra. ¿Cuál?			

III. Medicamentos de uso habitual:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Uso

IV. Alergias:

Medicamento	Ambientales	Alimentos

V. Exámenes

Tamizaje	Utiliza gafas/equipo		Observaciones
Visual	SÍ	No	
Auditivo	SÍ	No	

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. El paciente es apto y está en condiciones de practicar actividad física: SI ___ NO ___

VII. Observaciones y recomendaciones generales de salud del paciente. _____

Firma del Médico

REG. No. _____ **Fecha:** _____