

**COLEGIO JORDÁN DE SAJONIA****Dominicos****FICHA MÉDICA DE LOS ESTUDIANTES**

VERSIÓN: 03/18-05-18

CÓDIGO: FMPFD - 26

PÁGINA: 1 de 2

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	CURSO:
TIPO DE DOCUMENTO: RC __ TI __ CC __	NÚMERO DE DOCUMENTO:

DATOS PERSONALESFECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

GRUPO SANGUÍNEO: RH: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

TALLA: _____ PESO _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

No DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

No DE DOCUMENTO: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____ TELÉFONO: _____

SERVICIOS DE SALUD		
DESCRIPCION	ENTIDAD	TELÉFONO
EPS		
MEDICINA PREPAGADA O COMPLEMENTARIA		
SERVICIO DE AMBULANCIA		

ANTECEDENTES CLÍNICOSCEFALEAS/MIGRAÑAS DIABETES HIPOGLICEMIA ASMA HEPATITIS PATOLOGÍAS CARDÍACAS

¿CUÁL? _____

PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

¿CUÁL? _____

PATOLOGÍAS RENALES

¿CUÁL? _____

GASTRITIS/ÚLCERA OTITIS LIPOTIMIA FRACTURAS PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES

¿CUÁL? _____

PATOLOGÍAS ÓSEAS

¿CUÁL? _____

OBSERVACIONES: _____

HOSPITALIZACIONES: SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____

CIRUGÍAS: SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____

ALERGIAS

MEDICAMENTOS: ¿CUÁL? _____

RESPIRATORIOS: ¿CUÁL? _____

ALIMENTICIOS: ¿CUÁL? _____

ANIMALES: ¿CUÁL? _____

OTROS: _____

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO EN LA ACTUALIDAD: SI _____ NO _____ ¿CUÁL? _____

AUTORIZACIÓN:

Yo _____, en calidad de padre y/o madre de familia autorizo a la **ENFERMERA** del **COLEGIO JORDÁN DE SAJONIA**, suministre el tratamiento adecuado y preste los **PRIMEROS AUXILIOS** en caso de ser necesario para la estabilización de mi hijo (a).

FIRMA: _____ **No DE DOCUMENTO:** _____

IMPORTANTE: Declaramos que la información aquí registrada es completa y correcta. En caso de omitir información **RELEVANTE** para el Colegio esto lo libera de cualquier responsabilidad.

NOTA: En caso de actualización de datos personales y/o de salud, favor enviar la información al siguiente correo: enfermeria@jordandesajonia.edu.co.