**FICHA DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Valido para el año lectivo…………………………Fecha: …………………………………………Curso………………………………………

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE………………………………………………………………………………………………………………………….

FECHA DE NACIMIENTO………………………………………………LUGAR……………………………………………………………………………….

DOMICILIO……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

TELÉFONO PARTICULAR……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre de la madre…………………………………………………………………………………Teléfono……………………………………………….

Nombre del padre………………………………………………………………………………………Teléfono………………………………………………

FIRMA DE LA MADRE……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

FIRMA DEL PADRE…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad que necesite tratamiento o control médico periódico?

Si…………No………… ¿Cuál?.............................................................................................................................................

¿Fue hospitalizado alguna vez? Si………… No…………… ¿Por qué?...................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Tiene algún tipo de alergia? Si……………No……… ¿A qué?...........................................................................................

Describa sus manifestaciones………………………………………………………………………………………………………………………………….

¿Recibe tratamiento permanente? Si…………………No……………… ¿Cuál?.........................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Fue intervenido quirúrgicamente alguna vez? Si………… NO………… ¿De qué?............................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física? Si………………………... No………………………………….

¿Cuál?............................................................................................................................................................................

¿Recibe alguna medicación en forma habitual? Si…………. No…………… ¿Cuál?...........................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

¿Programa de vacunación al día? Si………………… No……………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Marque si presenta antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías:

Diabetes…………… Hipertensión Arterial…………. Asma Bronquial………………… Bronquitis crónica…………………………

Patologías Cardiacas…………………………. Convulsiones………………… Otras…………………………………………………………….