



**FICHA MÉDICA**

Nombres:		Apellidos:	
Cédula de Identidad:			
Grado/Curso:		Sección:	
Sexo:	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____		Edad:
Celular de la madre:			
Celular del padre:			

**OTROS DATOS**

Grupo Sanguíneo:
Seguro Médico al que pertenece:
N° de carnet:
En caso de emergencia llamar a:
Teléfono(s):
Médico de Cabecera:
Sanatorio donde desea ser internado (en caso de necesidad)

**INFORMES GENERALES**

Alergia:	SI	NO	A que:
	____	____	
Asma:	SI	NO	
	____	____	
Cardiopatía:	SI	NO	
	____	____	
Diabetes:	SI	NO	
	____	____	
Usa anteojos:	SI	NO	
	____	____	
Tiene vacunación al día:	SI	NO	
	____	____	
Antecedentes quirúrgicos:			
Convulsiones:			
Trastornos visuales:			
Otras enfermedades:			

**DATOS ANTROPO BIOMÉTRICOS**

Peso:	Piel:
Talla:	Ojos:
Perímetro Torácico Insp.:	Oídos:
Perímetro Torácico Exp.:	Dientes:
Presión Arterial:	Corazón:
F.C. en reposo:	Columna vertebral:
F.C. después de esfuerzo:	Pulmones:
Amígdalas:	Otros:

**APTO:**\_\_\_\_\_ **NO APTO:**\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha:**\_\_\_\_\_ **Firma y sello del médico:**\_\_\_\_\_

**Firma y Aclaración del Padre/Madre/Tutor legal:**\_\_\_\_\_