

FICHA MÉDICA



» DATOS PERSONALES

Apellido y nombre: _____ DNI: _____

Contrato: _____ Colegio: _____

Email: _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Contacto de urgencia: _____ Teléfono: _____

Obra Social: _____ N° de carnet: _____

» DATOS CLÍNICOS

Grupo sanguíneo: _____ Factor RH: _____

Medicación actual: _____

Operaciones: _____ ¿Cuáles?: _____

Tratamientos: _____ ¿Cuáles?: _____

» VACUNAS

Antidiftérica Antituberculosa Antigripal Antitetánica

Antivariólica Antipoliomelítica Antisarampionosa Fecha: _____

» HISTORIA CLÍNICA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Cefaleas | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento | <input type="checkbox"/> Tifoidea | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias espontáneas | <input type="checkbox"/> Brucelosis | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Resfríos | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Tétanos | <input type="checkbox"/> Disritmia cerebral | <input type="checkbox"/> Rubéola |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebres prolongadas |
| <input type="checkbox"/> Problemas al dormir | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Tos convulsa | |



» **OTROS DATOS**

Alergias: _____ ¿Cuáles?: _____

Particularidades alimentarias: _____ ¿Cuáles?: _____

Régimen especial: _____ ¿Cuál?: _____

Tratamientos recientes: _____ ¿Cuáles?: _____

Observaciones:

» **DATOS DE LOS PADRES Y/O RESPONSABLES:**

PADRE/TUTOR

Apellido y nombre completo: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Radiollamada: _____

Email: _____

Información adicional de contacto: _____

MADRE/TUTORA

Apellido y nombre completo: _____

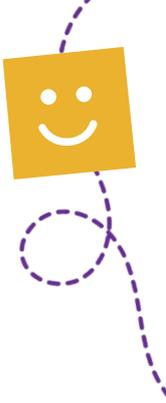
Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Radiollamada: _____

Email: _____

Información adicional de contacto: _____



» AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE (S) O TUTOR LEGAL (ES):

Por la presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor antes mencionado.

Concedo mi autorización y consentimiento a _____ para administrar tratamiento general de primeros auxilios para las lesiones leves o enfermedades que sufre la menor. Si la lesión o enfermedad es mortal o en necesidad de tratamiento de emergencia, autorizo al adulto supervisor de convocar a todos y todo el personal de emergencia profesional para asistir, el transporte y trato a los participantes y emitir su consentimiento para cualquier tratamiento de rayos X, anestesia, transfusión de sangre, medicamentos, u otro diagnóstico médico, tratamiento o atención hospitalaria considere conveniente por, y para ser prestados bajo la supervisión general de cualquier licencia médico, cirujano, dentista, hospital u otra institución profesional o médico debidamente autorizado para ejercer en el estado en el que dicho tratamiento es que se produzca.

Se entiende que esta autorización se da antes de cualquier tratamiento de este tipo de medicina, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte del adulto supervisor en el ejercicio de su mejor juicio sobre el consejo de tales personal médico o de emergencia.

Esta autorización es efectiva a partir del _____ de _____, 20____ y terminaría el _____ de _____, 20_____.

Firmado el _____ de _____, 20_____.

FIRMA PADRE/TUTOR

FIRMA MADRE/TUTORA

**15
Way**