

FICHA DE ORIENTACIÓN MÉDICA - COLONIA

| | | | | | |
|---------------------|--------|----------------|-------|-------|--|
| Apellido y Nombres: | | Fecha de Nac.: | | Edad: | |
| Teléfonos | Part.: | Cel.: | Lab.: | | |

| VACUNAS APLICADAS | | | | | |
|-------------------|--------------|------|--------------|------|--------------|
| TIPO | ÚLTIMA DOSIS | TIPO | ÚLTIMA DOSIS | TIPO | ULTIMA DOSIS |
| | | | | | |
| | | | | | |

| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | | | |
|----------------------------|-----|------|-----|
| TIPO | AÑO | TIPO | AÑO |
| | | | |
| | | | |

| ANTECEDENTES PERSONALES (Indique SI - NO) | | | | | |
|---|--|--------------------------|---------------------------------------|------------|---------|
| PARTO NORMAL | | COMPLICACIONES DEL PARTO | | | |
| DESMAYOS | | CONVULSIONES | | ASMA | SOPLO |
| TAQUICARDIA | | EPILEPSIA | | MENINGITIS | ALERGIA |
| PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO TRAMÁTICA | | | PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO NO TRAUMÁTICA | | |
| DIABETES | | FALSO CRUP | | OTRAS: | |

Indique si actualmente debe ingerir algún medicamento, o padece alguna enfermedad prolongada

¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o alguna otra cosa? ¿Cuál?

¿Es propenso a alguna enfermedad? ¿Cuál?

¿Enfermedades heredo familiares o enfermedad de importancia en algún miembro de su familia?

Cualquier otra indicación de carácter médico que considere conveniente indicar

| EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A | | | |
|--------------------------------|-------------------|----------|----|
| | NOMBRE Y APELLIDO | TELÉFONO | |
| 1º | | | 2º |
| | | | |

| EN CASO DE URGENCIA | |
|---------------------|-------------------|
| LLEVARLO A | ENTIDAD SANITARIA |
| En 1º lugar | |
| En 2º lugar | |

Declaro que la información suministrada es completa y verídica

Firma del Padre / Madre o Tutor

Observaciones del médico: _____

Firma y Sello del Médico