

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			
1º	NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	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