

# FICHA DE SALUD Y EMERGENCIAS

## DATOS DEL ALUMNO

Fecha: | |

Apellido y Nombre: ..... Sala: ..... Horario: .....  
 Dirección: ..... Teléfono: .....  
 Padre: ..... Madre: .....

## ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

- a. Presenta/ó dificultades en el desarrollo psicofísico que requieran tratamiento médico periódico? **NO SI**  
 Cuál/es? .....
- b. Fue internado alguna vez? **NO SI** Porqué? .....
- c. Ha tenido episodios de convulsiones? **NO SI** Porqué? .....
- d. Es alérgico? **NO SI** La alergia se debe a: .....  
 Describa sus manifestaciones: .....
- e. - Recibe tratamiento médico permanente? **NO SI**
- f. Fue intervenido quirúrgicamente? **NO SI** Especifique: .....

## TRATAMIENTOS

- a. Recibe actualmente tratamiento médico prolongado? **NO SI** Especifique: .....  
 Medicación: .....
- b. En caso de fiebre; puede tomar alguna medicación? **NO SI** Cuál? .....

## VACUNAS

| Vacuna             | Cantidad de dosis | Fuente de la información |               |
|--------------------|-------------------|--------------------------|---------------|
|                    |                   | LSMI                     | Otras certif. |
| SABIN              |                   |                          |               |
| BCG                |                   |                          |               |
| ANTIHEMOPHILUS     |                   |                          |               |
| TRIPLE BACT. (DPT) |                   |                          |               |
| TRIPLE VIRAL (SRP) |                   |                          |               |
| OTRAS              |                   |                          |               |

## SI EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD O EMERGENCIA

- a. Nos trasladamos a: .....  
 Dirección: ..... Teléfono: .....  
 Nos comunicamos con: Nombre y Apellido: .....  
 Dirección: ..... Teléfono: .....  
 Nombre y Apellido: .....  
 Dirección: ..... Teléfono: .....

Médico responsable Firma y aclaración ..... Padre/Madre Firma y aclaración .....