



FICHA MÉDICA ESCOLAR

Fecha: _____

DATOS PERSONALES

Nombre completo del alumno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ años _____ meses

Grado escolar a cursar: 1° ___ 2° ___ 3° ___ 4° ___ 5° ___ 6° ___ Tipo de Sangre: _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de oficina: _____

Celular del tutor: _____ No. de Seguridad Social: _____

PRENATAL

Enfermedades padecidas por la madre durante el embarazo: _____

_____ Semanas de gestación: _____

NACIMIENTO

Parto o cesárea: _____ Uso de fórceps: Sí ___ No ___ Escala de Apgar (a los 5 minutos): _____

Talla al nacer: _____ Peso al nacer: _____ Tipo de lactancia: _____

Número de orden en la serie de hijos: _____

NEONATAL E INFANTIL

Complicaciones durante y después del nacimiento:

	Sí	No		Sí	No
Estuvo en incubadora			Macrosomía		
Bajo peso al nacer			Displasia de cadera		
Asfixia perinatal			Fractura de clavícula		
Problemas metabólicos			Síndrome de aspiración de meconio		
Hiperbilirrubinemia			Síndrome de dificultad respiratoria		
Cianosis (color morado)			Otro. Especificar: _____		





Especifique en meses las siguientes edades:

	Edad		Edad
Sostuvo la cabeza		Dijo sus primeras palabras	
Se sentó		Aprendió a ir al baño	
Gateó		Corrió	
Caminó		Saltó con las dos piernas	

SALUD BUCAL

¿Se le han detectado caries? Sí _____ No _____ ¿Cuántas? _____

¿Presenta encía inflamada o sangra al cepillarse? Sí _____ No _____

¿Presenta dientes en mala posición o chuecos? Sí _____ No _____

DATOS SOMÁTICOS

Enfermedades que ha padecido (ejemplo: varicela, rubéola, paperas, etc.): _____

Enfermedades crónicas (ejemplo: asma, diabetes, epilepsia, etc): _____

Enfermedades que padece: _____

¿Toma algún medicamento? Sí ___ No ___ ¿Cuál o cuáles? _____

¿Desde qué fecha? _____ Dosis: _____

¿Con qué frecuencia se enferma? _____

¿Usa lentes? Sí ___ No ___ Motivo _____

¿Padece algún problema auditivo? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Oído izquierdo ___ Oído derecho ___ Tiempo de detección del padecimiento: _____

¿Se observa en el alumno algún problema postural? Sí _____ No _____

¿Usa algún aparato ortopédico? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos u otros): _____

DESARROLLO FÍSICO

Talla actual: _____ centímetros Peso actual: _____ kilogramos





Aspectos neuromotores (marcar solo en caso afirmativo)

Se muerde las uñas		Dificultad en la coordinación fina		Fija la vista en la luz	
Se jala el pelo		Dificultad en la coordinación gruesa		Hace gestos o muecas	
Rechina los dientes		Se arranca las cejas o pestañas		Muerde	
Se chupa el dedo		Agrede a hermanos, compañeros o vecinos		Hace movimientos con las manos o pies	
Se balancea		Golpea la cabeza		Se le dificulta estar sentado	
Gira sobre sí mismo		Huele objetos obsesivamente		Se le dificulta concentrarse	

¿Cuenta con alguna discapacidad? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Cuál considera usted que es su aptitud sobresaliente?

Intelectual

Psicomotriz

Socioafectiva

Creativa

DATOS DE INTERÉS QUE DEBA CONOCER EL COLEGIO

Nombre y firma del Padre o Tutor

