



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

FECHA:/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE: _____

T.E.: _____ **T.E ALTERNATIVO:** _____

EDAD: _____ **GRUPO SANGUINEO:** _____

OBRA SOCIAL O MEDICINA PREPAGA A LA CUAL PERTENECE:

No. DE SOCIO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA SE AUTORIZA A CLAUDIA DE CESARE, TITULAR DEL JARDIN CONSTRUIR AL TRASLADO en la ambulancia DEL ALUMNO , PREVIA INFORMACION A LOS PADRES, Y CON INDICACION DE NUESTRO SERVICIO MEDICO A
..... (NOMBRE DE CENTRO MEDICO)
DIRECCION

ANTECEDENTES			
	NO	SI	
Rubéola			
Varicela			
Sarampión			
Mononucleosis			
5ta o 6ta enfermedad			Quando?
Neumonía			
Otitis a repetición			
Tos nocturna			
Angina a repetición			
Cardiopatías congénitas.....			Cual?.....
Cirugía(hernia inguinal, umbilical etc.)			
Alergias.....			Cuales?
Broncoespasmo o asma			<u>Medicación de base:</u>
Fracturas o traumatismos.			
Enf. Celiaca.			
Enf diabéticas			
Convulsiones febriles			
E) ¿Toma medicamentos en forma permanente?			Cual?
F) Padece algún retraso madurativo diagnosticado?			Cual?
g) Requiere algún tipo de alimentación especial?			Cual?
h) Vacunación completa?			
i)Antecedente familiar de importancia?			

Firma y sello del médico

.....