

FICHA DE INFORMACIÓN MEDICA	
NOMBRES	APELLIDOS
EDAD	SEXO
DEPARTAMENTO	
UNIDAD EDUCATIVA	
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD EDUCATIVA	
GRADO DE ESTUDIO	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO
TELÉFONO	
SEGURO PRIVADO DE SALUD	TIPO DE SANGRE
RESTRICCIONES ALIMENTARIAS	ALERGIAS
NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	TELÉFONO

Seguro de salud*

¿TIENE O CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SEGURO DE SALUD?	SÍ	NO
--	----	----

***NOTA:** En caso de contar con seguro, adjuntar fotocopia de carnet de asegurado o formulario AVC.



Vacunas

TIENE O CUENTA CON LA VACUNA ANTIAMARILICA	SÍ	NO
TIENE O CUENTA CON LA VACUNA DT (DIFTERIA Y TETANOS)	SÍ	NO

Historia médica*

Peso	
Talla	
Índice de Masa Corporal	
Frecuencia respiratoria	
Frecuencia cardíaca	
Presión arterial	
Temperatura corporal	

(Marcar si corresponde)

Diabetes	SÍ	NO
Hipertensión	SÍ	NO
Enfermedad cardiovascular	SÍ	NO
Depresión	SÍ	NO
Enfermedad crónica	SÍ	NO
En caso de enfermedad crónica, mencione la enfermedad		
Epilepsia u otro desorden neurológico	SÍ	NO
Indicar si se está bajo tratamiento médico	SÍ	NO
En caso de estar bajo tratamiento médico, indicar los medicamentos		

TODAS LAS FICHAS DE INFORMACIÓN MÉDICA DEBERÁN CONTAR CON FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD



Por favor incluye información sobre su salud que sería relevante:

FECHA DE VIAJE
FECHA DE RETORNO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO CERTIFICANTE