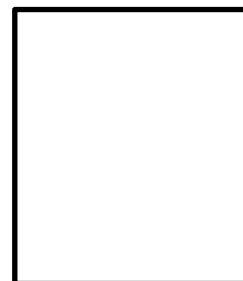




UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR "MARÍA AUXILIADORA"

FICHA MÉDICA ESTUDIANTIL AÑO LECTIVO 2018-2019

FECHA: _____



1.- DATOS DEL ESTUDIANTE.

Apellidos y Nombres:		
Fecha de nacimiento(dd/mm/aaaa):		Edad:
Cédula de Identidad:	Curso/Grado al que ingresa:	
Sector:	Parroquia:	Barrio:
Calle Principal:	Nº:	Calle Secundaria:
Teléfono Domicilio:		

2.- REPRESENTANTE LEGAL.

Apellidos y Nombres:	
Cédula de Ciudadanía:	Profesión:
Teléfono Convencional:	Celular:
Teléfono del Trabajo:	Correo electrónico:

3.- ANTECEDENTES: Indique si el estudiante sufre de:

Alergias (medicamentos, alimenticia, otras):
¿Explique cuál?

Diabetes (medicamento que usa,
Dosis, horario de aplicación)

Epilepsia (medicamento que usa,
Dosis, horario de ingesta)

Asma, hemofilia u otras afecciones
Severas y medicamento que usa.

Grupo sanguíneo:

Otras:

¿Qué medicamento está tomando
Últimamente por prescripción médica?

Observaciones:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
C.C: