

**FICHA MÉDICA**

**DATOS DEL ALUMNO/A**Apellido y nombre del niño/a:……………………………………………………………………………….

Fecha de nacimiento: …………………………………………………… …………………………………

Lugar:………………………………………………………….. …………………………………………….

Nº de Documento………………………………………… …………………………………………………

Domicilio:……………………………………………………………………………………………………..

Apellido y nombre de la madre, padre y/o adulto responsable……………………………………………………………………………………………………

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

SARAMPIÓN……..………. TOS CONVULSA……………….

VARICELA:…………………RUBEOLA………………..

PAROTIDITIS……………… COVID…………… OTRAS……………………………………………….

**ANTECEDENTES NEONATALES:**

……………………………………………………………………………………………………………………………..

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

……………………………………………………………………………………………………………………………..

**CALENDARIO DE VACUNACIÓN:**

………………………………………………………………………………………………………………………….....

**EXÁMEN FÍSICO:**

PESO: ………………………………….. TALLA:……………………………..

P.C.:…………………………………

INFORMACIÓN QUE CONSIDERE RELEVANTE MENCIONAR

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**RECIBE ATENCIÓN MÉDICA:**

SI\_\_ NO\_\_

EN CASO DE SER AFIRMATIVA LA RESPUESTA

¿DÓNDE?

…………………………………………………………………………………………………… ……………………….

NOMBRE Y APELIIDO DEL MÉDICO

……………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………... ……………………………………

 LUGAR Y FECHA SELLO Y FIRMA MÉDICO

****