



**COLEGIO LOS PORTALES**  
**UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA**

## FICHA MÉDICA

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **GRADO:** \_\_\_\_\_

**Datos del Médico del estudiante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Clínica de referencia en caso de emergencia (I.P.S)**

Dirección de la Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfonos de la Clínica: \_\_\_\_\_

EPS – Prepagada: \_\_\_\_\_

**Información de salud:**

1. El estado general de salud de su hijo es:

Bueno  Regular  Malo

2. ¿Ha sufrido de alguna enfermedad? *concepto de*

Cuál, descríbala *Educación para la* \_\_\_\_\_

*Vida"*

3. ¿El niño(a) presenta alguna clase de alergia?

Si  No

¿Cual? \_\_\_\_\_

4. ¿El niño(a) ha sido intervenido quirúrgicamente?

Si  No

Especifique \_\_\_\_\_

5. ¿El niño(a) presenta o ha tenido alguna dificultad de aprendizaje?

Kilómetro repo Celular: 3164365944 - 3  - 3183473095



## COLEGIO LOS PORTALES UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA

Si

No

Especifique \_\_\_\_\_

6. ¿Toma algún medicamento diario?

Si

No

¿Cual? \_\_\_\_\_

7. ¿El niño(a) tiene prescrita por especialista alguna restricción alimenticia?

Si

No

(Adjuntar soporte de dietista)

8. El niño(a) presenta alguna condición física, impedimento y/o deficiencia que lo pueda limitar para el desarrollo de sus actividades escolares?

Si

No

¿Cual? \_\_\_\_\_

9. ¿El niño(a) tiene alguna clase de control médico periódico?

Sí

No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

10. ¿El niño(a) recibe algún tipo de terapia?

Sí

No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

11. ¿Autoriza al servicio médico la administración de medicamentos de usos básicos en la atención primaria (analgésicos, antiácidos, antidiarreicos, antiinflamatorios, broncodilatadores)?

Sí

No

Observaciones \_\_\_\_\_



## COLEGIO LOS PORTALES UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA

Si tiene alguna información complementaria o adicional a la anteriormente suministrada, por favor descríbala a continuación.

---

---

---

---

---

12. ¿El estudiante presenta alguna de las siguientes afecciones?

- a. Asma
- b. Hipertensión
- c. vascular
- d. renales
- e. pulmonares
- f. Inmunológicas
- g. Inmunosupresión
- h. Anemia
- i. Diabetes
- j. Obesidad (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>)
- k. Artritis

Este espacio es diligenciado por el Colegio

Kilómetro 7 vía a Restrepo Celular: 3164365944 - 3164498316 - 3183473095



**COLEGIO LOS PORTALES**  
**UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA**

Nº	FECHA	MOTIVO DE INGRESO A ENFERMERIA	MEDICAMENTO SUMINISTRADO	FIRMA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				



**COLEGIO LOS PORTALES**  
UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA



**COLEGIO LOS PORTALES**  
UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA  
Resolución no. 2871 DE 2006

**ANEXO FICHA MÉDICA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PAPÁ: \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MAMÁ: \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES EN SU FAMILIA: \_\_\_\_\_

CUAL: \_\_\_\_\_ QUIEN: \_\_\_\_\_

SU HIJO COME BIEN SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A VECES \_\_\_\_\_

HA SUFRIDO DE DEPRESIÓN SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ CUANDO \_\_\_\_\_

EN SU FAMILIA EXISTEN ANTECEDENTES DE PROBLEMAS AUDITIVOS O

VISUALES: SI \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_ LOS DOS \_\_\_\_\_

HACE CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

LE HA PRACTICADO A SU HIJO UN EXAMEN VISUAL SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

EL RESULTADO FUE: \_\_\_\_\_ HACE CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

LE HA PRACTICADO A SU HIJO UN EXAMEN AUDITIVO SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

EL RESULTADO FUE: \_\_\_\_\_ HACE CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

SU HIJO TOMA ALGUN MEDICAMENTO A DIARIO SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

CUAL: \_\_\_\_\_ QUE DOSIS: \_\_\_\_\_ HACE CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_



**COLEGIO LOS PORTALES**  
**UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION PARA LA VIDA**

---

---

