



**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA  
ARCHIVO MÉDICO ESCOLAR**

Nombre del alumno \_\_\_\_\_  
Sección \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono oficina \_\_\_\_\_  
Nombre del familiar o persona cercana a la cual se puede contactar en ausencia de los padres \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Nombre del Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Biper o celular \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS QUIRÚRGICOS**

1. Durante el último año ¿Ha padecido alguna enfermedad o cirugía importante?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
2. Durante el último año, ¿Ha padecido alguna alergia por alimentos o medicamentos?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
3. ¿Se encuentra al corriente en sus vacunas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Fecha de su última vacuna de tétanos \_\_\_\_\_
4. ¿Presenta algún problema con alguno de los sentidos (visión, oído, etc.) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Especifique \_\_\_\_\_ ¿Han sido valoradas esta áreas? \_\_\_\_\_  
¿Toma algún medicamento permanente? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
5. alguna observación que desee agregar \_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES**

1. **Les sugerimos enviar a sus hijos habiendo ya tomado su primer alimento** (desayuno).
2. Favor de informar inmediatamente a la Dirección de su Sección o a la Enfermería del Colegio si llegara a existir en sus hijos algún **caso que sea infecto-contagioso**. En caso de presentarse este tipo de situaciones, les solicitamos **no enviar a los niños al Colegio**.
3. Es importante notificar cambios de teléfono o domicilio durante el año, para tener contacto con los familiares en todo momento.

**NOTA**

1. El servicio de Enfermería del Colegio está capacitado y autorizado para atender exclusivamente las contingencias **que se presenten en el alumno durante las horas de clase**. Otros problemas de salud deben ser atendidos por su médico.
2. Como servicio adicional a los prestados por nuestro Colegio, contamos con un Seguro de Gastos Médicos para Accidentes Escolares de sus hijos. **La cobertura de reembolso tiene un deducible por evento**.
3. Cabe mencionar que dicho seguro **se excluye** cuando el accidente es ocasionado por riñas entre alumnos o cuando no se de aviso inmediato a la enfermería el Colegio.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor

