



GCRB
Colegio Bilingüe Internacional
Gimnasio Campestre
Reino Británico

FICHA MÉDICA 2021

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL(A) ESTUDIANTE:

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DILIGENCIADA POR LOS PADRES DE FAMILIA

Nombre Completo del(a) Estudiante:						FOTO DEL ESTUDIANTE
Fecha de nacimiento:	DD	MM	AA	Grupo sanguíneo:		
Documento Identidad:	RC	TI	CC	#		
Edad:	Grado:		Sección:			
Domicilio:				Teléfono:		
Hermanos en otros cursos:	SÍ	ESPECIFIQUE GRADO	NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
	NO					
Nombre de la Madre:				Celular:		
				Teléfono fijo:		
Nombre del Padre:				Celular:		
				Teléfono fijo:		

*Servicios de salud

EPS:	Medicina Prepagada u otro:
------	----------------------------

** En caso de urgencias llamar a:

Nombre:	Parentesco:
Teléfono fijo:	Celular:
Nombre 2:	Parentesco 2:
Teléfono fijo 2:	Celular 2:

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

IMPORTANTE: Declaramos que la información aquí registrada es completa y correcta. Si se omite información RELEVANTE para el Colegio, esto lo libera de cualquier responsabilidad. Recuerde que el Colegio no prescribe ni suministra ningún tipo de medicamento.





II. INFORMACIÓN MÉDICA

ESTA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DILIGENCIADA POR EL MÉDICO. Peso: _____ **Talla:** _____

- **Esquema de vacunación.**

BCG FIEBRE AMARILLA INFLUENZA HEPATITIS A HEPATITIS B TRIVIRAL
DPT DT POLIO NEUMOCOCO VARICELA OTRA ¿Cuál? _____

- **Antecedentes familiares**

DIABETES CONVULSIONES ASMA ENFERMEDADES CARDIACAS
OTRA ¿Cuál? _____

- **Antecedentes Médicos del(a) Estudiante:**

Mencione aquellas enfermedades y/o trastornos importantes que ha padecido o padece el(la) Estudiante.

Enfermedad	SÍ	NO	Observaciones
Patológicos/enfermedades			
Tóxicos			
Traumáticos			
Quirúrgicos			
Hospitalarios			
Farmacológicos			
Otra. ¿Cuál?			

III. Medicamentos de uso habitual:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Uso

IV. Alergias:

Medicamento	Ambientales	Alimentos

V. Exámenes

Tamizaje	Observaciones
Visual	
Auditivo	

Hago constar que el paciente se encuentra en buen estado general y no presenta hasta la fecha sintomatología clínica de enfermedades infecto-contagiosas que le impidan vivir en comunidad.

VI. Observaciones y recomendaciones (Frente al COVID-19)

Firma del médico

REG. No. _____

Fecha: _____

