

FICHA MÉDICA

Día _____ Mes _____ Año _____

1. DATOS DEL ALUMNO:

_____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s)

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Tipo de sangre: _____

Enfermedades y/o alergias: _____

Medicamentos que toma (controlados y/o de uso común): _____

Problemas de salud a considerar: _____

2. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Referencia 1:

Nombre completo: _____

Parentesco: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Referencia 2:

Nombre completo: _____

Parentesco: _____ Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Nombre del Médico: _____

Teléfono(s) del consultorio: _____ Celular: _____

3. SÓLO EN CASO DE SER NECESARIO, autorizo administren a mi hijo (a) los siguientes medicamentos (marque con una X):

Sustancia Activa	Ejemplo	Sustancia Activa	Ejemplo
<input type="checkbox"/> Paracetamol	Tylenol	<input type="checkbox"/> Clorhidrato de Cloropiramina	Avapena
<input type="checkbox"/> Salicilato de Bismuto	Pepto Bismol	<input type="checkbox"/> Ácido acetilsalicílico + Bicarbonato de Sodio	Alka-Seltzer
<input type="checkbox"/> Amantadina + Clorfenamina + Paracetamol	Antiflu Des	<input type="checkbox"/> Ácido acetilsalicílico	Aspirina
<input type="checkbox"/> Butilhioscina + Ibuprofeno	Espadiva	<input type="checkbox"/> Nafasolina	Nazil
<input type="checkbox"/> Bromuro de Butilhioscina	Buscapina	<input type="checkbox"/> Clorhidrato de Isotipendilo	Andantol
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	Advil	<input type="checkbox"/> Dimehidrinato	Dramamine
<input type="checkbox"/> Bicarbonato de Sodio	Sal de Uvas	<input type="checkbox"/> Naproxeno	Flanax
<input type="checkbox"/> Cloruro de Etilo	Traumadol	<input type="checkbox"/> Diclofenaco Sódico	Voltarén

Les recordamos que el Colegio **No** puede suministrar ningún tipo de **medicamento controlado** al alumno, por ser responsabilidad absoluta del médico tratante y los padres. En caso de que las condiciones de salud del alumno no le permitan permanecer en la escuela, se les llamará a los padres de familia a los teléfonos estipulados anteriormente para que se presenten por el alumno al Colejio.

En caso de emergencia y que no se localice a los Padres de Familia o a las referencias anotadas en esta forma, autorizo a la Institución a tomar decisiones que juzguen convenientes. Éstas pueden consistir en: hospitalización, uso de ambulancia, selección del médico y el seguimiento de sus indicaciones. Los gastos deberán ser cubiertos por los Padres de Familia.

Nombre y firma del Padre o Tutor

Nombre y firma de la Madre o Tutora

Sus datos personales serán tratados en términos del Aviso de Privacidad vigente. Este documento es exclusivo para uso interno de la Fundación Dr. José María Álvarez, I.A.P. Queda prohibido su uso para cualquier otro fin. *Nos reservamos el derecho admisión*