

## FICHA MÉDICA

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### 1. DATOS DE LA ALUMNA (O):

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 hija (o) los siguientes medicamentos (marque con una X):

#### Sustancia activa.

- Paracetamol
- Salicilato de bismuto
- Amantadina + Clorfenamina + Paracetamol
- Butilhioscina + Ibuprofeno
- Bromuro de butilhioscina
- Ibuprofeno
- Bicarbonato de sodio
- Cloruro de etilo

#### Ejemplo:

Tylenol  
Pepto-Bismol  
Antiflu-Des  
Espadiva  
Buscapina  
Advil  
Sal de uvas  
Traumasol

#### Sustancia activa.

- Clorhidrato de clorpiramina
- Ácido acetilsalicílico + Bicarbonato de sodio
- Ácido acetilsalicílico
- Nafasolina
- Clorhidrato de isotipendilo
- Dimehidrinato
- Naproxeno
- Diclofenaco sódico

#### Ejemplo:

Avapena  
Alka-Seltzer  
Aspirina  
Nazil  
Andantol  
Dramamine  
Flanax  
Voltaren

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 colegio.

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\*

