



Ficha Médica

FOTO

Fecha _____ Código _____

● DATOS PERSONALES

Nombres _____ Apellidos _____

Sexo Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono de contacto _____

Grupo sanguíneo _____

● ALERGIAS

Alimenticias Si No Cuáles? _____

Medicamentos Si No Cuáles? _____

Otras _____

● ANTECEDENTES MÉDICOS

Cardiopatías Reflujos Traumatismos Diabetes infantil

Otros

Ha sido hospitalizado en alguna ocasión? Si No
En caso de "Si", debido a que condición

Ha sido hospitalizado en alguna ocasión? Si No
En caso de "Si", debido a que condición

● RESPONSABLE EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre _____ Teléfono _____

Pediatra _____ Teléfono _____

● TRATAMIENTO ACTUAL Si No

En caso de ser afirmativa la respuesta favor de llenar la siguiente información

Medicamento	Dosis	Horarios

● ANTECEDENTES PERSONALES

Pesó _____ Midió _____ Tipo de parto _____
Lloró inmediatamente Si No Complicaciones Perinatales _____
Cartilla de Vacunacion _____
Actualizada Si No Motivos _____

● DESARROLLO PSICOMOTOR

A que edad logró lo siguiente:

Fijar la mirada _____ Sostener su cabeza _____
Sentarse _____ Gatear _____
Dar los primeros pasos _____ Primeras palabras _____
Control de esfínteres _____

● ANTECEDENTES DEL EMBARAZO

Tiempo de gestación _____ semanas _____
Kilogramos que subió la mamá _____
Complicaciones en el embarazo _____
Fumo o ingirió alcohol o drogas _____

● RESPONSABLE DE LLENAR ESTA FORMA

Nombre _____ Firma _____

● RESPONSABLE DEL PEQUEÑO

Nombre _____ Firma _____