



“Unidad Educativa Particular Liceo Matovelle” AÑO 2018 -2019

FICHA MÉDICA DELESTUDIANTE

Apellidos:		Nombres:	
Cédula de Identidad:			
Grado/Curso:	Sección:	Turno:	
Sexo:	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____	Edad:	
Domicilio:			
Teléfono:			

OTROS DATOS

Grupo Sanguíneo:
Seguro Médico al que pertenece:
N° de carnet:
En caso de emergencia llamar a:
Teléfono(s):
Sanatorio donde desea ser internado (en caso de necesidad)

INFORMES GENERALES

Alergia:	SI	NO	A que:
Asma:	SI	NO	
Cardiopatía:	SI	NO	
Diabetes:	SI __	NO __	
Usa anteojos:	SI __	NO __	
Tiene vacunación al día:	SI	NO	
Antecedentes quirúrgicos:			
Convulsiones:			
Toma medicación:			
Trastornos visuales:			
Otras enfermedades:			