

Ficha Médica

Fecha: _____

Nombre Completo del Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Calle/Nro: _____ Colonia _____

Delegación: _____ Ciudad: _____

Teléfono casa: _____

Nombre mamá: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Of.: _____

Celular: _____

Nombre papá: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Of.: _____

Celular: _____

Nombre de médico pediatra: _____

Consultorio: _____

Celular: _____

En caso de no ubicar a ninguno de los padres en caso de emergencia, avisar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de Of.: _____

Celular: _____ Otro: _____

Datos Médicos Generales:

Grupo Sanguíneo: _____ Estatura: _____ mts. Peso: _____ Kg.

Alergias: seleccione la opción que aplique a su hijo (a):

Mi hijo(a) no tiene ninguna alergia conocida

Mi hijo(a) es alérgico (a) al siguiente tipo de comida:

Mi hijo(a) es alérgico (a) a los siguientes medicamentos:

Mi hijo(a) es alérgico a las siguientes sustancias (picaduras de insectos, plantas, polen, etc.)

Dieta: seleccione la opción que aplique a su hijo (a):

Mi hijo (a) tiene una dieta normal

Mi hijo (a) tiene las siguientes restricciones alimenticias:

Seleccione la opción que aplique a su hijo (a):

Mi hijo (a) no padece ninguna enfermedad crónica

Mi hijo (a) padece lo siguiente: (marque solo lo necesario)

SI

Asma o problema respiratorio

Diabetes

Migraña

Sonambulismo

Incontinencia urinaria nocturna

OTRA/ Especifique:

SI

Problemas del corazón

Alteraciones sanguíneas

Dolor de Cabeza

Problemas de alimentación

Infecciones al oído frecuente

NIÑAS:

SI

NO

Periodo Menstrual

Cólico Menstrual

Sabe que es el periodo menstrual

En el caso de tener alguna enfermedad crónica, indique el tratamiento que debemos seguir (si lo considera necesario, anexe una explicación detalla en una hoja aparte)

Por favor conteste las siguientes preguntas, y explicar en caso de responder afirmativamente:

1. Usa su hijo (a) lentes o lentes de contacto:

SI NO
O O

2. Padece su hijo(a) algún problema ortopédico o de articulaciones:

SI NO
O O

3. Utiliza algún dispositivo para oír o tiene algún problema de audición:

SI NO
O O

4. Presenta algún problema/ enfermedad dermatológica o es muy sensible al sol:

SI NO
O O

6. Se le ha practicado algún tipo de cirugía:

SI NO
O O

7. Ha presentado algún padecimiento o enfermedad/ infección recientemente (3 meses):

SI NO
O O

8. Está su hijo (a) en algún tratamiento médico, indique el nombre del medicamento, las dosis que debe tomar, el horario que debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento):

Historial de Vacunación vigente:

SI	NO		SI	NO	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Paperas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Difteria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Varicela
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	VPH
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	BCG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Influenza H1N1
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tos ferina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Influenza estacional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neumococo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis Tipo: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rotavirus
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rubéola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OTRAS

¿Su hijo (a) padece algún impedimento físico que le impida participar en alguna de las actividades durante el viaje?

SI	NO
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Explique en caso de ser afirmativo:

Esta ficha fue llenada por: _____

Firma: _____