



FICHA MEDICA COMPLEMENTARIA 2026-2027

Nombres y apellidos del estudiante	
Lugar y fecha de nacimiento	
Edad	
Cédula de identidad	
Dirección actualizada y teléfono	
En caso de emergencia comunicar a 2 números de teléfonos	
¿Dispone de algún seguro médico?	

ANTECEDENTES PERSONALES DEL NIÑO (A) O ADOLESCENTE:

Vacunas para la edad (Copia del carné estudiantes inicial)	Completas () Incompletas ()
Alergias medicamentosas (Si/No) especifique	
Grupo sanguíneo	
Tipo de parto	Normal () Cesárea ()
Hospitalización al nacer	Si () No () Especifique la razón:.....
¿Toma algún medicamento todos los días?	
¿Ha tenido alguna cirugía?	
Tiene alguna enfermedad crónica (Asma, rinitis alérgica, sinusitis, etc.)	
¿Tiene alguna discapacidad?	
Edad de la primera menstruación (Menarquia)	

INFORMACION Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiares con enfermedades crónicas o congénitas (Diabetes, hipertensión, cardiopatías, etc.)	
Número de hermanos y edades	
Lugar que ocupa entre ellos	
Núcleo Familiar (quienes viven con el alumno)	
Adjuntar reporte odontológico	

EXAMEN FISICO

Peso (kg):	Talla (cm):
-------------------	--------------------

Firma del representante: _____

CI: _____