



COLEGIO HEBREO SEFARADÍ  
בית הספר העברי ספרדי

Fecha:

Día | Mes | Año

## Ficha de Historia Médica

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Día                      Mes                      Año

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
De la casa                      Trabajo papá                      Celular papá                      Trabajo mamá                      Celular mamá

Nombre de dos personas a quienes podamos contactar en caso de no encontrarse a los padres:

1. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nombre del Ortopedista: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Enfermedad que ha padecido: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Padece actualmente alguna enfermedad Si  No  Especifique cuál: \_\_\_\_\_

Toma algún medicamento por periodos prolongados: Si  No

Especifique nombre, dosis y periodo de tiempo a partir de esta fecha: \_\_\_\_\_

Especifique si es alérgico a algún medicamento: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna antitetánica: \_\_\_\_\_

Sangre tipo: \_\_\_\_\_ Requiere de algún cuidado especial en cuanto a su salud Si  No  Especifique cuál: \_\_\_\_\_

Tiene usted algún inconveniente en que le sea administrado algún medicamento Si  No

Cuál (analgésicos, antidiarreicos, antihistamínicos, antiácidos): \_\_\_\_\_

Recomendamos que los niños sean revisados periódicamente de sus ojos, oídos, dientes y garganta así como realizar un coprocultivo (serie de 3) una vez al año supervisado por el Pediatra. Es importante que sus vacunas estén cubiertas y completas y antes de la adolescencia sean vacunados contra la Hepatitis B.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre