

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA OFICIAL LA Balsa

## FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Curso:** \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres:

Teléfonos de contacto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entidad de salud a la cual está afiliado el estudiante: \_\_\_\_\_

El estudiante cuenta con seguro escolar? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Enfermedades actuales o padecidas por el estudiante: \_\_\_\_\_

**Continúa al respaldo.**

El estudiante toma algún tipo de medicamentos? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

Cuáles? \_\_\_\_\_

El estudiante ha presentado o es alérgico algún medicamento? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ Cuál:\_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

El estudiante sabe nadar? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a:

NOMBRE

TELÉFONOS DE CONTACTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de los padres y/o acudientes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_