

## FICHA DE ORIENTACIÓN MÉDICA - COLONIA

Apellido y Nombres:		Fecha de Nac.:		Edad:	
Teléfonos	Part.:	Cel.:	Lab.:		

VACUNAS APLICADAS					
TIPO	ÚLTIMA DOSIS	TIPO	ÚLTIMA DOSIS	TIPO	ULTIMA DOSIS

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			
TIPO	AÑO	TIPO	AÑO

ANTECEDENTES PERSONALES (indique SI – NO)					
PARTO NORMAL		COMPLICACIONES DEL PARTO			
DESMAYOS		CONVULSIONES	ASMA	SOPLO	
TAQUICARDIA		EPILEPSIA	MENINGITIS	ALERGIA	
PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO TRAMÁTICA		PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO NO TRAUMÁTICA			
DIABETES		FALSO CRUP	OTRAS:		

Indique si actualmente debe ingerir algún medicamento, o padece alguna enfermedad prolongada

---

¿Es alérgico a algún alimento, medicamento o alguna otra cosa? ¿Cuál?

---

¿Es propenso a alguna enfermedad? ¿Cuál?

---

¿Enfermedades heredo familiares o enfermedad de importancia en algún miembro de su familia?

---

Cualquier otra indicación de carácter médico que considere conveniente indicar

---

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A					
NOMBRE Y APELLIDO		TELÉFONO	NOMBRE Y APELLIDO		TELÉFONO
1º			2º		

EN CASO DE URGENCIA	
LLEVARLO A	ENTIDAD SANITARIA
En 1º lugar	
En 2º lugar	

**Declaro que la información suministrada es completa y verídica**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / madre o tutor

Observaciones del médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico