

# FICHA MÉDICA

Nombres y apellidos del estudiante:..... DNI N°:.....

Edad:..... Grado:..... Sección:..... Nivel:.....

Fecha de Nacimiento:.....

## 1. ANTECEDENTES MÉDICOS:

Asma ( )                      Parasitosis ( )                      Bronquios ( )                      Gastritis ( )

Otros:.....

Alergia a medicamentos:

.....

Alergia a alimentos:

.....

Malestares, signos y síntomas que presenta frecuentemente:

.....

Certificado / constancia de despistaje de anemia: Fecha:..... RESULTADO:.....

CONTROL DE HEMOGLOBINA:

AÑO	20...								
HEMOGLOBINA									

CONTROL DE PESO Y TALLA:

AÑO	20...								
Talla									
Peso									

EXAMEN VISUAL:

AÑO	20...								
Ojo derecho									
Ojo izquierdo									

EXAMEN DENTAL:

AÑO	20...								

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Firma de Enfermera

