COLEGIO LA SALLE

☐ **PREESCOLAR** ☐ **PRIMARIA** ☐ **SECUNDARIA**

SERVICIO MÉDICO

CICLO ESCOLAR 2026 – 2027

FICHA MÉDICA

NOMBRE: _____GRUPO_____N.L._____
TIPO DE SANGRE: _____

¿EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ_____ NO ____ ¿CUÁL? _____
¿ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO? SÍ_____ NO_____
ESPECIFIQUE: _____

¿HA PRESENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

ESTREÑIMIENTO	SÍ_____	NO_____	COLITIS	SÍ_____	NO_____
ASMA	SÍ_____	NO_____	GASTRITIS	SÍ_____	NO_____
CONVULSIONES	SÍ_____	NO_____	APENDICITIS	SÍ_____	NO_____
ENFERMEDAD CARDIÁCA	SÍ_____	NO_____			

PADECIÓ O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE QUE NO ESTÉ CONTEMPLADA EN LAS ANTERIORES FAVOR DE INDICARLA, ASÍ COMO SUS INDICACIONES MÉDICAS _____
_____

¿HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE? SÍ_____ NO_____
¿DE QUÉ? _____

¿AUTORIZA DAR MEDICAMENTO EN CASO DE SER NECESARIO?

MALESTAR	**SÍ**	**NO**	**TIPO DE MEDICAMENTO INDICAR VARIOS**
DOLOR Y FIEBRE	_____	_____	NEOMELUBRINA___ASPIRINA___IBUPROFENO____ PARACETAMOL _____ OTROS _____
NÁUSEA VÓMITO Y MAREO	_____	_____	DRAMAMINE _____ METOCLOPRAMIDA _____ OTROS _____
DIARREA	_____	_____	IMODIUM_____ AKABAR _____ KAOPECTATE_____ OTROS_____
GOTAS OFTÁLMICAS	_____	_____	HUMECTANTES_____ ANTIALÉRGICAS_____ OTRAS_____

MALESTAR	SÍ	NO	TIPO DE MEDICAMENTO INDICAR VARIOS
DOLOR ABDOMINAL Y CÓLICO	_____	_____	BUSCAPINA SIMPLE O COMPUESTA_____ SYNCOL _____ OTROS_____
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	_____	_____	CAPTOPRIL _____ OTROS _____
HIPOTENSIÓN ARTERIAL	_____	_____	EFFORTIL _____ ASCOR _____ OTROS_____
GASTRIRIS COLITIS	_____	_____	MELOX _____ OTROS_____
ANTIHISTAMÍNICOS	_____	_____	LORATADINA _____ ASTESEN _____ OTROS _____
BRONCODILATADORES (ASMA)	_____	_____	SALBUTAMOL_____ OTROS _____

OTROS PADECIMIENTOS _____INDIQUE MEDICAMENTO: _____

NO MEDICAR AL NIÑO (A) EN NINGÚN PADECIMIENTO Y AVISAR AL PADRE, MADRE O TUTOR: _____

(SÍ /NO) AUTORIZO CUALQUIER INTERVENCIÓN MÉDICA DE CURACIÓN Y/O PRIMEROS AUXILIOS: _____

EN CASO DE ACCIDENTE LLAMAR A: (NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR)

1.- NOMBRE_____FIRMA_____TELS._____/ _____

2.- NOMBRE_____FIRMA_____TELS. _____ / _____

NOTA: NO SE INCLUYEN ANTIBÍOTICOS NI OTROS MEDICAMENTOS DE USO DELICADO.

EL SERVICIO MÉDICO ES EXCLUSIVO PARA ATENDER CASOS DE EMERGENCIAS Y PRIMEROS AUXILIOS. SUPLICAMOS NO ENVIAR A LOS ALUMOS ENFERMOS AL COLEGIO.

DRA. N. YADIRA GARCÍA BARAJAS CED. PROF. 2740242
DRA. ELSA GARCÍA GÓMEZ CED. PROF. 1032850
ENFERMERA: LILIANA V GONZÁLEZ TÉLLEZ CED. PROF. 3797408