

☐ **PREESCOLAR** ☐ **PRIMARIA** ☐ **SECUNDARIA**
SERVICIO MÉDICO
CICLO ESCOLAR 2025 – 2026
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	_____	_____	CAPTAPRIL _____ OTROS _____
HIPOTENSIÓN ARTERIAL	_____	_____	EFFORTIL _____ ASCOR _____ OTROS _____
GASTRIRIS COLITIS	_____	_____	MELOX _____ OTROS _____
ANTIISTAMÍNICOS	_____	_____	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 ANTIBIÓTICOS NI OTROS MEDICAMENTOS DE USO DELICADO.

EL SERVICIO MÉDICO ES EXCLUSIVO PARA ATENDER CASOS DE EMERGENCIAS Y PRIMEROS AUXILIOS.

SUPPLICAMOS 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