



# Centro Don Bosco

ANTECEDENTES CLINICOS DEL  
ESTUDIANTE



Versión: 02

Página 1 de 1

Código: APCOFR - 030

Vigencia : Desde 2015

Elaboró	Documentador	Revisó	Enfermera	Aprobó	Padre Rector-Director
---------	--------------	--------	-----------	--------	-----------------------

## DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL ALUMNO \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_ CÓDIGO \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA EPS \_\_\_\_\_

## DATOS MEDICOS GENERALES

TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE SUBSTANCIAS NO  SI  CUAL: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE COMIDA NO  SI  CUAL: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO NO  SI  CUAL: \_\_\_\_\_

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	DIABETES	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALTERACIONES SANGUÍNEAS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MIGRAÑA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INFECCIONES DE OÍDO FRECUENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SONAMBULISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS ALIMENTICIOS

EN CASO DE QUE EL ESTUDIANTE SUFRA DE ALGUNA O ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES CRÓNICAS, INDIQUE EL TRATAMIENTO A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE UNA CRISIS (SI LO CONSIDERA NECESARIO ,ANEXE UNA EXPLICACIÓN DETALLADA EN UNA HOJA APARTE).

FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y EXPLIQUE

1. USA LENTES DE CONTACTO : \_\_\_\_\_

2:PADECE ALGUN PROBLEMA ORTOPEDICO O DE ARTICULACION: \_\_\_\_\_

3. UTILIZA ALGUN TIPO DE DISPOSITIVO PARA OIR O TIENE ALGUN PROBLEMA DE AUDICION: \_\_\_\_\_

4.PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DERMATOLOGICO: \_\_\_\_\_

5.HA SIDO HOSPITALIZADO: \_\_\_\_\_

6.SE A PRACTICADO ALGUN TIPO DE CIRUGIA \_\_\_\_\_

7. HA PRESENTADO ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA EN LOS ULTIMOS 3 MESES: \_\_\_\_\_

8. TIENE ALGUN IMPEDIMENTO FISICO QUE LE DIFICULTE PRACTICAR ACTIVIDADES O DEPORTES DENTRO DE LA INSTITUCION \_\_\_\_\_

9.HA SUFRIDO ALGUN GOLPE EN LA CABEZA O PERDIDO EL CONOCIMIENTO ALGUNA VEZ \_\_\_\_\_

10. ESTA EN ALGUN TRATAMIENTO MEDICO (ANEXE UNA EXPLICACION INDICANDO EL NOMBRE DEL TRATAMIENTO LA DOSIS QUE DEBE DE TOMAR, EL HORARIO QUE DEBE DE SEGUIR Y LA RAZON POR LA CUAL ESTA EN TRATAMIENTO. \_\_\_\_\_

HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES

SI	NO		FECHA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELA	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUBEOLA	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAPERAS	_____

SI	NO		FECHA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARAMPIÓN	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROCEOLA	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS TIPO A B C	_____

En caso de emergencia avisar a

NOMBRE \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_

TELEFONO CASA \_\_\_\_\_

TELEFONO OFICINA \_\_\_\_\_

CEL \_\_\_\_\_

OTRO:

SI TIENE ALGUN OTRO COMENTARIO O INFORMACION ADICIONAL QUE DEBEMOS SABER SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE INDIQUELO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA ALUMNO

\_\_\_\_\_  
FIRMA ACUDIENTE