

	Centro Don Bosco	Versión: 02	Página 1 de 2		
	ANTECEDENTES CLINICOS DEL ESTUDIANTE	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 <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	CUAL: _____	
ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE COMIDA	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	CUAL: _____	
ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	CUAL: _____	

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ASMA O PROBLEMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> ALTERACIONES SANGUÍNEAS	
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE CORAZÓN	<input type="checkbox"/> MIGRAÑA	<input type="checkbox"/> DOLOR DE CABEZA	
<input type="checkbox"/> INFECCIONES DE OÍDO FRECUENTES	<input type="checkbox"/> SONAMBULISMO	<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	SI	NO	FECHA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VARICELA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SARAMPIÓN _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RUBEOLA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROCEOLA _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAPERAS _____	<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