



Unidad Educativa
Franciscana
"San Luis Rey de Francia"

FICHA MÉDICA ESCOLAR

AÑO LECTIVO
2026 - 2027

Esta ficha de salud pretende aportar información al servicio de Enfermería del colegio para llevar a cabo una atención primaria de calidad, durante el horario escolar y dentro de la Unidad Educativa. La ficha será imprescindible para la atención de cuidados sanitarios del o la estudiante. Deberá ser entregada firmada por el representante Legal junto con informes y certificados médicos, en caso de presentarse alguna condición médica especial.

Esta información es confidencial y pasará a formar parte de la Historia de Salud Escolar del estudiante. En caso de ser necesario se realizará un informe al tutor.

Si durante el transcurso del año escolar se presenta alguna modificación en los datos aportados, se solicita hacerla llegar al Departamento de Salud.

1. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:

Apellidos y nombres del estudiante:								
Grado/cursó:			Paralelo			Especialización:		
Lugar y fecha de nacimiento:						Edad:		
Grupo Sanguíneo								

Representante Legal:

Nombres y apellidos:				Teléfono:		Parentesco			
Lugar de trabajo:				Cargo que desempeña					
Vive con:	Mamá		Papá		Otro	Mencione parentesco			
En caso de emergencia llamar a:									
Nombres y apellidos:				Teléfono:		Parentesco			
Nombres y apellidos:				Teléfono:		Parentesco			

2. SIGNOS VITALES: (Se llenará durante asistencia al departamento de salud)

Fecha	Motivo de asistencia	Peso	Talla	Temperatura Corporal	Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Frecuencia Respiratoria	Saturación

3. PERÍODO PRENATAL:

Durante el embarazo la madre presentó alguna de las siguientes afecciones:

	Sí	No
Rubeola		
Varicela		
Toxoplasmosis		
Preeclampsia		
Gestación.		
Otras:		

4. PERÍODO NATAL:

El parto fue:

Cesárea	
Prematuro	
Normal	



Unidad Educativa
Franciscana
"San Luis Rey de Francia"

FICHA MÉDICA ESCOLAR

AÑO LECTIVO
2025 - 2026

5. ANTECEDENTES PERSONALES:

	Sí	No	
Alergia:			Describa a qué es alérgico:
Asma:			
Cardiopatía:			En caso de no tener todas las vacunas según su edad, menciónelas:
Diabetes:			
Usa anteojos:			
Tiene vacunación al día:			
Ha presentado convulsiones:			
Ha tenido COVID-19			
Otras enfermedades:	_____		

Indique si el alumno(a) presenta una condición médica o enfermedad (adjuntar informe y/o certificado médico):

Describa si el alumno(a) se encuentra bajo tratamiento médico (en caso de medicación indicar nombre y dosis):

Describa si el alumno(a) necesita de algún cuidado especial y motivo:

6. ANTECEDENTES FAMILIARES

Han presentado alguno de los familiares del estudiante (hermanos, padres, tíos, abuelos) una de las siguientes enfermedades mencionadas:

	SÍ	NO	PARENTESCO	
Glaucoma				
Fiebre Reumática				
Hipertensión arterial				
Diabetes				
Obesidad				
Infarto de miocardio				

Otras: _____

Autorizo al Departamento de Salud, en caso de fiebre o dolor agudo (cefalea, dolor menstrual, traumatismos, etc.) a administrar analgésicos y/o antitérmicos, además de realizar los primeros auxilios en caso de ser necesario.

SI _____ NO _____

7. INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR:

Representante Legal:

Nombre: _____

Firma: _____

Cédula de Identidad: _____

DEPARTAMENTO MÉDICO

