



FICHA PEDIATRICA

Nota: Esta forma deberá ser llenada y firmada por el Pediatra.

Fecha: _____

Nombre del niño (a): _____

Teléfono en los que puedan ser localizados los padres de familia _____

Problemas Especiales:

Enfermedades	Si/No	Medicamento/Tratamiento
Alergias		
Desórdenes visuales		
Desórdenes auditivos		
Desórdenes compulsivos		
Problema ortopédico		
Problema gastro-intestinal		
Problema emocional		
Enfermedades graves		
Accidentes u operaciones		

Otros: _____

Enfermedades que ha padecido:

Varicela	Si	No
Paperas	Si	No
Hepatitis	Si	No
Rubéola	Si	No
Sarampión	Si	No
Escarlatina	Si	No
Colitis	Si	No
Gastritis	Si	No
Asma	Si	No
Diabetes	Si	No
Convulsiones	Si	No
Fracturas	Si	No
¿Cuáles?		
Problemas de sueño	Si	No
Control de esfínteres	Si	No
Problema bucal	Si	No
Caries posición		
Otro ¿Cuál?		

Otras enfermedades: _____

¿Tiende a enfermarse frecuentemente de la garganta? _____

Medicamento que suele tomar para la infección en la garganta: _____

¿Se queja de dolor de cabeza frecuentemente? _____

Motivo o razón: _____

Medicamento recomendado: _____

Tipo sanguíneo y RH: _____

¿Ha recibido algún tipo de transfusión? _____

¿Tiende a enfermarse frecuentemente del estómago? _____

Medicamento que suele tomar para el estómago: _____

Dieta recomendada: _____

Restricciones alimenticias: _____

¿Ha sufrido fiebre mayor a 40 grados de temperatura? _____

Indique que medicamento puede administrarse al niño en caso de temperatura:

En caso de que el alumno esté recibiendo algún tipo de tratamiento, terapia o medicamento, favor de indicarlo:

Recomendaciones a la escuela sobre el manejo del tratamiento, terapia o medicamento

Favor de mandar el resultado de los siguientes exámenes:

- Exudado faríngeo
- Coproparasitoscópico
- Determinación de grupo sanguíneo y RH

Peso _____ Estatura _____

Observaciones:

En caso de que el niño (a) esté recibiendo algún tratamiento, terapia o medicamento favor de indicarlo.

Recomendaciones a la escuela sobre el manejo del tratamiento, terapia o medicamento.

El niño fue examinado por mí el día _____ y considero que su estado de salud es satisfactorio y libre de alguna enfermedad contagiosa y puede realizar actividades académicas, físicas, recreativas, musicales, artísticas entre otras.

Excepciones a lo anterior: _____

Nombre del Pediatra: _____

Firma: _____

Cédula Profesional _____ Registro de Salubridad _____

En caso de emergencia:

Indicar nombre del Padre o Tutor: _____

Parentesco: _____

Teléfonos: _____

Horario: _____ Otros: _____