

REGISTRO DE SALUD JARDÍN INFANTIL CASITA DEL SOL

El presente Registro Médico Escolar tiene el objeto de actualizar anualmente el estado de salud del/la estudiante; en cuanto a su información clínica más importante. Por lo tanto debe contestar sin omisión y diligenciar todos los campos. La información suministrada es confidencial y para uso exclusivo de la institución educativa. Agradecemos su valiosa participación en beneficio de la salud de su representado/a.

Fecha: / /

Nombre del/la estudiante:		Grado:	
Número de documento:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:	
Nombre del acudiente:		Parentesco:	
Teléfonos de emergencias:			
EPS		Grupo de sanguíneo:	

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades del sistema Osteomuscular: lumbago, lumbociática, artrosis, fracturas, hernia, escoliosis, displasia o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

NO SI Especifique cual:

Enfermedades del sistema respiratorio: asma, neumonía, alergias respiratorias, sinusitis, problemas a la faringe o laringe, tráquea, bronquios, pulmones o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio.

NO SI Especifique cual:

Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: enfermedad coronaria, soplos al corazón, arritmias (palpitaciones), cardiopatías congénitas o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

NO SI Especifique cual:

Enfermedades del sistema nervioso: quistes, hidrocefalia, TEC, epilepsia, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

NO SI Especifique cual:

Enfermedades del oído, nariz y garganta: otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o de cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

NO SI Especifique cual:

Enfermedades de la sangre: anemia, alteraciones de la coagulación, o cualquier otra enfermedad de la sangre.

NO SI Especifique cual:

Enfermedades endocrinas, nutricionistas y metabólicas: hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

NO SI Especifique cual:

Traumatismos, accidentes y quemaduras: indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando deformidad adquirida, TEC, fracturas.

NO SI Especifique cual:

Alergias: alimentarias, medicamentosas, respiratorias, contacto, intolerancias, otras.

NO SI Especifique cual:

Antecedentes quirúrgicos: operaciones y/o accidentes.

NO SI Especifique cual:

Indique si existe alguna otra enfermedad o lesión

NO SI Especifique cual:

Indique si existe alguna necesidad educativa especial

NO SI Especifique cual:

Indique si el estudiante toma algún medicamento bajo prescripción médica

NO SI Especifique cual y para que

Deficiencias: NO SI Especifique cual:

Auditivas

Visuales

Otras

El estudiante se encuentra en: Terapia Psicológica terapia Psiquiátrica

Otra: _____

SITUACIONES ESPECIALES

Yo _____ representante legal del/la estudiante _____ autorizo en caso de emergencia y en mi ausencia trasladar al/la menor al Centro de Salud más cercano con estos antecedentes para el personal médico, los cuales aportan datos de salud del niño/a para que pueda recibir los cuidados requeridos según su estado de salud.

Es responsabilidad de los padres de familia mantener datos personales (teléfonos, dirección, nombre del acudiente) y antecedentes médicos actualizados.

Aviso: Los datos consignados en este registro de salud son enteramente responsabilidad de los padres y/o acudientes de l@s estudiantes, por lo que en caso de no consignarlos, no actualizarlos u omitirlos, el Jardín Infantil no se responsabiliza de las situaciones de riesgo o emergencia que se deriven por lo antes señalado.

Firma del padre/madre o acudiente del/la estudiante.

Cedula: _____