

## Ficha Médica - Menores

Fecha actual:		Numero CI:	
Nombres:			
Apellidos:			
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Dirección actual:			
Teléfono/Celular			
Nacimiento:	Normal ___ Cesaria ___	Gestación de ____ semanas.	
Peso Actual:		Altura actual en cm:	

Datos sobre Enfermedades o Eventos preexistentes:

	En caso afirmativo, detallar:
Enfermedades Cardiológicas: No___ Si___	
Enfermedades Renales: No__ SI__	
Enfermedades Pulmonares: No___ Si___	
Alergias: No___ Si___	
ASMA: No___ Si___	
Hipertensión: No___ Si___	
Enfermedades Oncológicas: No___ Si___	
Diabetes: No___ Si___	
Enfermedades Psiquicas: Si___ No___	
VIH Positivo: Si___ NO___	
Enfermedades congénitas: Si__ No___	
Cirugías: Si___ No___	

Estilo de vida actual:

FUMA:	SI___ NO___ Ocasionalmente___	Consume Drogas	SI___ NO___ Ocasionalmente___
-------	----------------------------------	-------------------	-------------------------------

Consume Alcohol	SI___ NO___ Ocasionalmente___	Practica deporte	SI___ NO___ Ocasionalmente___
Qué tipo de deporte:			

Observaciones:

Declaro que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y que no se ha omitido ni falseado información que deba contener esta declaración, siendo fiel expresión de la verdad.

- Adjuntar copia de Cedula

Firma padre/tutos: \_\_\_\_\_

Aclaración:

CI: