

## Ficha Médica - Menores

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

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 Psíquicas: No___ Si___	
VIH Positivo: No___ Si___	
Enfermedades congénitas: No___ Si___	
Lesiones traumáticas anteriores: (ósea, articular, ligamento, muscular, etc.). No___ Si___	
Alteraciones: auditivo, ocular. No___ Si___	
Cirugías: No___ Si___	

Estilo de vida actual:

FUMA:	No__ Si__ Ocasionalmente__	Consume Drogas	No__ Si__ Ocasionalmente__
Consume Alcohol	No__ Si__ Ocasionalmente__	Practica deporte	NO__ SI__ 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.

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

Aclaración:

CI: