

**COLEGIO HEBREO TARBUT**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**  
**FICHA MÉDICA**

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

SECCIÓN: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PEDIATRA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ 24 HORAS: \_\_\_\_\_

¿SU HIJO TIENE ALGÚN PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ALERGÍA (ALIMENTOS, PLANTAS O ANIMALES): SI: \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿QUÉ TRATAMIENTO REQUIERE? \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? SI: \_\_\_\_\_ ¿A CUÁL? \_\_\_\_\_

¿ESTÁ SU HIJO BAJO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? SI: \_\_\_\_\_ ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ DÓSIS Y CON QUE FRECUENCIA? \_\_\_\_\_

¿SI HIJO ESTÁ AL CORRIENTE CON TODAS SUS VACUNAS? \_\_\_\_\_

FECHA DE LA ÚLTIMA VACUNA DE TETANOS: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE QUE SU HIJO REQUIERA TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO LES PEDIMOS LO ENVIEN EN UNA BOLSITA CERRADA CON SU NOMBRE COMPLETO Y TODAS LAS INDICACIONES (HORA, DOSIS Y ¿POR CUÁNTO TIEMPO?)**

CONTAMOS CON UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS PARA ACCIDENTES ESCOLARES DE SUS HIJOS. LA COBERTURA DE REEMBOLSO TIENE UN DEDUCIBLE POR EVENTO.

CABE MENCIONAR QUE DICHO SEGURO **SE EXCLUYE** CUANDO EL ACCIDENTE ES OCASIONADO **POR RIÑAS ENTRE ALUMNOS O NO SE DA AVISO INMEDIATO A LA ENFERMERÍA DEL COLEGIO.**

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O MADRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_