



U. E.P. COLEGIO LA CONCEPCIÓN

Av. Central, Urb. La Soledad Maracay

S0737DO503

Rif. J-07540286-3

(0243) 232.33.40 – 232.13.76 – Fax 232.86.29



FICHA MÉDICA. Año Escolar: 20____-20____

Nombre y Apellidos de el/la estudiante:

Fecha de nacimiento: _____

Grado que cursa actualmente: _____

Nombre y Apellidos del representante legal:

Teléfonos en caso de emergencia: Fijo: _____ Celular: _____

Otros: _____

❖ El/La estudiante es alérgico/a medicamentos Si _____ No _____

Especifique cuáles de ser afirmativo: _____

❖ El/La estudiante es alérgico/a Alimentos SI _____ No _____.

Especifique cuáles de ser afirmativo: _____

❖ El/La estudiante es alérgico/a picaduras SI _____ No _____.

Especifique a cuáles de ser afirmativo: _____

❖ El/La estudiante es alérgico/a antibióticos SI _____ No _____.

Especifique cuáles de ser afirmativo: _____

❖ Toma algún medicamento: Si _____ No _____

Especifique cuáles de ser afirmativo: _____

❖ En caso de presentar dolor de barriga se mejora con: _____

❖ En caso de presentar vómitos se mejora con: _____

❖ En caso de dolor de cabeza se mejora con: _____

❖ En caso de malestar de gripe se mejora con: _____

❖ Si presenta alguna herida que requiere atención se le puede colocar: _____

Marque con una **(X)** si su hijo(a) ha presentado alguno de estos síntomas:

- ❖ Sangrado Nasal_____ En caso de ser afirmativo, señale: Mañana _____Tarde _____Noche _____Al hacer ejercicios_____
- ❖ Mareos_____ En caso de ser afirmativo, señale: Mañana _____Tarde _____Noche _____Al hacer ejercicios_____
- ❖ Nauseas frecuentes_____ Sudoración profusa sin actividad física _____.

De ser afirmativa alguna de las anteriores, está siendo evaluado (a) por alguno de estos síntomas: Si _____No_____.

- ❖ Desayuna antes de salir de casa. Si _____No_____.
- ❖ Marque con una (X). Muestra temores de:
Oscuridad _____Encierro _____Altura _____otras:_____
- ❖ ¿Ha sido hospitalizado(a) alguna vez? Si_____ No_____. Motivo (de ser afirmativo):_____
- ❖ Ha sido intervenido (a) quirúrgicamente alguna vez. Si _____No_____Motivo y fecha (de ser afirmativo) : _____

PARA LAS FAMILIAS:

En caso de que el niño(a) necesitara ingerir medicamento(s) durante el horario escolar, dichos remedios serán dados por sus padres y/o representantes. **EL PERSONAL DOCENTE NO ESTA AUTORIZADO A REALIZARLO.**

Favor informar a la coordinación correspondiente cuando tenga que actualizar información en esta ficha, durante el año escolar, con relación a situación de salud de su representado(a).

AUTORIZO al colegio “La Concepción” en caso de URGENCIAS a tomar las medidas necesarias para salvaguardar la salud de mi hijo(a) y a trasladarlo (a) al centro de salud de ser necesario. El Colegio ante dicha resolución se comunicará telefónicamente con la familia.

El/La estudiante se encuentra asegurado(a) con alguna compañía de seguros: Si_____ No_____. De ser afirmativo, Indique nombre de la compañía y número de póliza:

Firma del Representante: _____

C.I.: _____

En Maracay, a los _____días del mes de _____del año: _____

Solo para ser llenado por personal del Colegio:

Recibido por: _____Fecha: _____

(Año Escolar 2025-2026)