



UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "MARIA AUXILIADORA"

AÑO LECTIVO 2019-2020

"La educación es cuestión del corazón"

DEPARTAMENTO MÉDICO DE LA UNIDAD EDUCATIVA "MARÍA AUXILIADORA"

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE FILIACION

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LA ESTUDIANTE:

CÉDULA DE IDENTIDAD:.....

DOMICILIO: LOCALIDAD:

TELÉFONO CONVENCIONAL Y CELULAR:

LUGAR DE NACIMIENTO:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

ETNIA: BLANCA MESTIZA INDIGENA OTRA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

ENFERMEDADES PERINATALES (NACIMIENTO):

NACIMIENTO: PARTO CESÁREA

EN CASO DE NACIMIENTO POR CESÁREA INDIQUE LA CAUSA.....

CRECIMIENTO Y DESARROLLO: NORMAL PESO BAJO TALLA BAJA PESO Y TALLA BAJA

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: SI NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE A QUÉ MEDICAMENTOS.....

VACUNAS COMPLETAS: SI NO

ENFERMEDADES DE LA NIÑA DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO:

DISCAPACIDAD: SI NO

EN CASO DE PRESENTAR DISCAPACIDAD INDIQUE DE QUÉ TIPO.....

ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS: SI NO

VARICELA PAROTIDITIS (Paperas) SARAMPIÓN ESCARLATINA OTRA

SI SU RESPUESTA ES OTRA, ESPECIFIQUE CUÁL ENFERMEDAD.....



UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "MARIA AUXILIADORA"

AÑO LECTIVO 2019-2020

"La educación es cuestión del corazón"

¿HOSPITALIZADA ALGUNA VEZ? SI NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE EL MOTIVO Y LA EDAD EN LA QUE PRESENTÓ LA ENFERMEDAD.....

.....

¿LA NIÑA HA SIDO SOMETIDA A ALGUNA CIRUGÍA? SI NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE QUÉ CIRUGÍAS Y LA EDAD EN LA QUE SE REALIZARON

.....

MEDICAMENTOS QUE TOMA LA NIÑA, LAS DOSIS Y EL TIEMPO QUE TOMA:

.....

.....

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS: SI NO

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE CUÁLES.....

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (PADRES, HERMANOS, TIOS, PRIMOS CON ENFERMEDADES)

SI NO

DIABETES HIPERTENSIÓN CÁNCER ALCOHOL/DROGAS OTRAS

ESPECIFIQUE LA ENFERMEDAD E INDIQUE EN QUÉ FAMILIARES.....

.....

FAMILIA

LA NIÑA VIVE CON: PADRE MADRE HERMANOS OTROS

SI SU RESPUESTA ES OTROS, ESPECIFIQUE CON QUIÉN.....

INSTRUCCIÓN DEL PADRE:AÑOS APROBADOS EN EL ÚLTIMO NIVEL..... OCUPACIÓN.....

INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:AÑOS APROBADOS EN EL ÚLTIMO NIVEL..... OCUPACIÓN.....

¿PERCIBE ALGÚN TIPO DE SUBSIDIO O BONO?

SI NO

¿SU VIVIENDA CUENTA CON LOS SERVICIOS DE AGUA, LUZ Y ALCANTARILLADO? SI NO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE:

FIRMA: