

AÑO LECTIVO / ANNÉE SCOLAIRE 2017 – 2018

CLASSE: _____

FICHA MEDICA / FICHE MEDICALE

INFORMACIÓN DE ALUMNOS QUE YA CUENTAN CON FICHA MÉDICA COMPLETA ANTERIOR

DATOS DEL ALUMNO/INFORMATIONS SUR L'ELEVE

APELLIDOS / NOMS		
NOMBRES / PRENOMS		
EDAD / AGE		
TELÉFONO casa / TÉLÉPHONE maison		
NOMBRE DEL PADRE/Nom du père		Cel/ Portable
NOMBRE DE LA MADRE / Nom de la mère		Cel/ Portable

ÚLTIMO CHEQUEO (FECHA: año/mes/día): (si disponen último control para actualización de datos)

AUDITIVO		OFTALMOLÓGICO		ODONTOLÓGICO		DESPARASITACIÓN	
Adjuntar certificado		Adjuntar certificado		Adjuntar certificado		Adjuntar certificado	

VACUNACION RECIENTE (adjuntar copia)

VACUNA/VACCIN	VACUNA/VACCIN	VACUNA/VACCIN
BCG:	P.P.D:	Meningitis/Méningite:
Triple:	Hepatitis A:	Varicela/Varicelle:
Polio:	Hepatitis B:	Neumococo/Pneumocoque:
MMR (Sarampión+Paperas+Rubeola)	Tifoidea: Fiebre amarilla/Fièvre jaune:	Influenza (H1N1):

NOTA: Adjuntar copia de carnet de vacunas actualizado. Vacunas recibidas en La Condamine por parte del Ministerio de Salud

ACTUALIZACIÓN DE ANTECEDENTES PERSONALES DE LOS ALUMNOS:

Información que puede ser llenada por Ud., y su médico

- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:** (mamá, papá, abuelos, con enfermedades de importancia. Ejm: Hipertensión arterial, muerte súbita, cáncer, osteoporosis, diabetes, otras.)

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

2.1. ALERGIAS/ALLERGIES:

- 2.1.1.** Alergias Alimentaria/Allergies alimentaire: **SI** ___ **NO** ___
Especifique los nombres de los alimentos a los que presenta alergia, la edad de diagnóstico o la edad de inicio de la alergia /Précisez _____
Tratamiento/Traitement: **SI** ___ **NO** ___ Especifique/Précisez _____
- 2.1.2.** Alergia a Medicamentos/Allergies aux médicaments: **SI** ___ **NO** ___
Especifique la edad de diagnóstico o la edad de inicio de la alergia / Précisez _____
Nombre de la medicación a la que presenta alergia: _____
Tratamiento/Traitement: **SI** ___ **NO** ___ Especifique/Précisez _____
- 2.1.3.** Alergia a Picaduras de insectos/Allergies aux piqûre d' insecte: **SI** ___ **NO** ___
Especifique/ Précisez _____
Tratamiento/Traitement: **SI** ___ **NO** ___ Especifique/Précisez _____
- 2.1.4.** Otras Alergias /Autres Allergies: _____
Especifique nombre de la alergia, la edad de diagnóstico /Précisez: _____
Manifestaciones/Symptômes: _____
Tratamiento/Traitement: **SI** ___ **NO** ___ Especifique/Précisez _____

2.2. PROBLEMAS CARDÍACOS O RESPIRATORIOS /PROBLÈME CARDIAQUE:

- SI** ___ **NO** ___ Cuál? _____
Especifique la edad de inicio de los síntomas, la edad de diagnóstico / Précisez _____
Manifestaciones/Symptômes: _____
Tratamiento/Traitement: _____

2.3. PROBLEMAS NEUROLÓGICOS / AFFECTIONS NEUROLOGIQUES:

2.3.1. Migraña/Migraine: **SI** ___ **NO** ___

Especifique la edad de su diagnóstico / Précisez _____

Manifestaciones/Symptômes: _____

Tratamiento/Traitement: _____

2.3.2. Epilepsia/Epilepsie: **SI** ___ **NO** ___

Especifique la edad de su diagnóstico / Précisez _____

Manifestaciones/Symptômes: _____

Tratamiento/Traitement: _____

2.3.3. Otro/Autres:

Especifique el nombre de la condición o enfermedad y la edad de su diagnóstico _____

Manifestaciones/Symptômes: _____

Tratamiento/Traitement: _____

2.4. PROBLEMAS ÓSEOS, ARTICULARES O MUSCULARES:

SI ___ **NO** ___

Especifique el nombre de la condición o enfermedad y la edad de su diagnóstico: _____

Manifestaciones/Symptômes: _____

Tratamiento/Traitement: _____

2.5. PROBLEMAS ENDOCRINOS/METABÓLICOS:

SI ___ **NO** ___

Especifique el nombre de la condición o enfermedad y la edad de su diagnóstico: _____

Manifestaciones/Symptômes: _____

Tratamiento/Traitement: _____

2.6. OTRAS CONDICIONES O ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA / AUTRES SITUATIONS IMPORTANTES:

Adjunte un anexo si es necesario/Joindre une annexe si besoin _____

Especifique la edad de su diagnóstico / Précisez _____

Manifestaciones/manifestations: _____

Tratamiento: _____

2.7. Cirugías/Chirurgie: (Especifique fecha y tipo de cirugía/ Spécifiez date et type de chirurgie) _____

MÉDICO DE FAMILIA que atiende al alumno/a / **MÉDECIN TRAITANT** qui suit votre enfant.

Telf: _____

CENTRO HOSPITALARIO de su preferencia, para trasladar al alumno en caso de emergencia / **ÉTABLISSEMENT SOUHAITÉ** pour transporter votre enfant en cas d'urgence?

EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA, autorizan Ustedes al Colegio para realizar las acciones médicas correctivas necesarias con su hijo/a? / **En cas d'urgence**, autorisez-vous l'établissement à prendre les mesures médicales nécessaires pour votre enfant?

SI ___ **NO** ___

FIRMA/SIGNATURE _____

NOTA: Si su respuesta es negativa, su hijo no podrá participar en las salidas pedagógicas fuera del colegio, ni en las "clases verdes".

N.B. Dans le cas d'une réponse négative, votre enfant ne sera pas autorisé à participer aux sorties pédagogiques, ni aux "classes Vertes".

RECUERDEN/RAPPEL: La Condamine tiene un contrato con una compañía de seguros para el transporte de heridos en ambulancia. / Le lycée La Condamine a un contrat avec une compagnie d'assurance pour le transport des blessés par ambulance.

FIRMA DE LA MADRE
SIGNATURE DE LA MÈRE

FIRMA DEL PADRE
SIGNATURE DU PÈRE

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE
NOM ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT