



HISTORIA MÉDICA DEL ALUMNO

Nombre del Alumn@:

Sexo: Femenino____ Masculino ____

Edad:

Fecha de Nacimiento:

En caso de Emergencia avisar a:

Teléfonos:

Correo Electrónico:

Enfermedades que su hijo (a) ha padecido durante los últimos 12 meses:

Mencione Alergias que padece:

Grupo Sanguíneo:

Lateralidad: _____

Recomendaciones Especiales:

Medicación Actual Prescrita:

¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE LA RESPUESTA (X) SI / NO	SI	NO
Sobrepeso u Obesidad		
Enfermedades del corazón		
Bronquitis		
Hemorragias		
Epilepsia (Ataques, Convulsiones)		
Fiebre Reumática		
Cáncer		
Diabetes (azúcar en sangre)		

Amigdalitis (anginas)		
Anemia		
Hepatitis		
Neoplasia (tumores)		
¿Otras enfermedades crónicas? Especificar:		

ANTECEDENTES MATERNOS Y DEL EMBARAZO

Embarazo número: 1 2 3 4 5 6

Complicaciones Durante embarazo: SI NO

Tomó algún Medicamento o Vitamina:

Exposición a radiación: SI NO

Hubo Sufrimiento Fetal: SI NO

Semanas de Gestación al Terminó del Embarazo:

Fue Cesárea / Parto

Duración de Trabajo de Parto: _____ horas

Complicaciones durante la Cesárea:

SI _____

NO _____

Lloró y Respiró al Nacer: SI NO

Cuál fue su calificación APGAR: _____

Necesitó Maniobras Especiales al nacer como:

- Bolsa de Oxígeno _____
- Ventilación asistida _____
- Intubación _____
- Medicamentos _____

Peso al Nacer: _____ kg Talla: _____ cm

Requirió estar tiempo en incubadora, cuanto tiempo y por qué:

ANTECEDENTES ALIMENTICIOS

Pecho Materno: _____ duración

Ablactación (Cambio a comida sólida): _____ meses

Alimentación Actual: (# de días a la semana que consume el producto)

- Leche _____ -Huevo _____ - Cereales

- Carne _____ - Frutas _____ -Verduras

- Leguminosas _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

¿Tiene algún familiar diabético?

Parentesco:

¿Tiene algún familiar enfermo del corazón?

Parentesco:

¿Tiene algún familiar Hipertenso?

Parentesco:

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+HIB	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMIELITIS INFECCIONES POR <i>H. influenzae</i> tipo B	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTA VIRUS	DIARREA POR ROTA VIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		OTRAS		
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 35 MESES	
S R P	SARAMPIÓN RUBEOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS		ADICIONALES	
S R	SARAMPIÓN Y RUBEOLA		ADICIONALES	
OTRAS VACUNAS				

Adjuntar Cartilla de Vacunación ACTUALIZADA

CONTROL DE PESO Y TALLA

MES	PESO (kg)	Talla (cm)
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		

Control que realizará personal del servicio médico de Pingos

DESCRIBA BREVEMENTE A SU HIJ@: (GUSTOS, RUTINAS, PERSONALIDAD)

EN CASO DE QUE PRESENTE FIEBRE FAVOR DE SUMINISTRAR: (MARQUE)

MOTRIN _____ TEMPRA _____

DOSIS _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

PINGOS NO SUMINISTRARÁ NINGÚN OTRO TIPO DE MEDICAMENTOS A EXCEPCIÓN DE LOS DE CONTROL DE FIEBRE.

AUTORIZO Y ESTOY CONSCIENTE DE QUE EN EL CASO DE ALGUNA EMERGENCIA PINGOS TOMARÁ LAS MEDIDAS CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL PROTOCOLO QUE SE CONSIDERE, Y QUE EN CASO DE SER NECESARIO LLEVARÁN A MI HIJ@ AL HOSPITAL MÁS CERCANO.

FIRMA DE LOS PADRES

FAVOR DE ADJUNTAR COPIA DE CREDENCIAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS PARTICULAR. (EN CASO DE CONTAR CON EL)

