



HOJA DE SALUD ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ día _____ mes _____ año LUGAR DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DE LA CASA _____

EPS _____ MEDICINA PREPAGADA _____

EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO _____

TELÉFONO DEL CONTACTO _____ CELULAR _____

EN CASO DE EMERGENCIA PREFERE SER TRANSLADADO(A) A : _____

HISTORIA DE SALUD

GRUPO SANGUÍNEO _____ RH _____

¿TIENE ALTERACIONES AUDITIVAS? SI NO ¿CUÁL? _____

¿TIENE RESTRICCIONES VISUALES? SI NO ¿CUÁL? _____

¿USA LENTES? SI NO

¿TIENE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE? SI NO ¿CUÁL? _____

¿RECIBIÓ O RECIBE TRATAMIENTO? _____

¿REQUIERE ALGÚN TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA LOGRAR SUS METAS ACADÉMICAS? SI NO

¿DE QUÉ TIPO? _____

¿HA PRESENTADO O PRESENTA ALGUNA SITUACIÓN DE SALUD QUE REQUIERA TRATAMIENTO O HAYA NECESITADO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? SI NO ¿CUÁL? _____

¿ESTÁ O HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO ? SI NO

¿ESTÁ TOMANDO O HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO ? SI NO

¿CUÁL? _____ ¿PARA QUÉ? _____

¿ESTÁ O HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO ? SI NO

¿SUFRE DE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA ? SI NO ¿CUÁL? _____

FARMACOLOGÍA

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO

¿CUÁL? _____ ¿PARA QUÉ? _____

MEDICAMENTOS QUE NO DEBEN SUMINISTRARSE _____

VACUNAS

BCG	<input type="checkbox"/>	MMR (TRIPLE VIRAL)	<input type="checkbox"/>	NEUMOCOCO	<input type="checkbox"/>
DTP	<input type="checkbox"/>	VARICELA	<input type="checkbox"/>	POLIO	<input type="checkbox"/>
TETANO	<input type="checkbox"/>	MENINGITIS	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS A	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS B	<input type="checkbox"/>	OTRAS	<hr/>		

OBSERVACIONES
