



FO-GC-002

COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA

Sede Uno: Carrera 5ª No. 8 - 36 PBX: 3420972 FAX: 2439510

Sede Dos: Carrera 36 No. 17B - 33 PBX: 2011008 FAX: 3608146

NIT: 860.008.010 - D / APARTADO AÉREO 29592 - BOGOTÁ D.C.

www.colegiosalesianodeleonxiii.edu.co



V-1.07 24.10.14

FICHA ANTROPOMÉTRICA

Madre de familia	Nombre:		Apellidos:		Tel. Casa:		Móvil:	
Padre de familia	Nombre:		Apellidos:		Tel. Casa:		Móvil:	
Acudiente	Nombre:		Apellidos:		Tel. Casa:		Móvil:	
ESTUDIANTE (Complete las preguntas y marque con una x donde sea necesario).								
Nombres:				Apellidos:			Curso:	Edad:
Peso:	Talla:	Tipo de sangre:	(1) En caso de emergencia avisar a:			Tel:		
EPS:		(2) En caso de emergencia avisar a:			Tel:			
Teléfono EPS:		Tiene servicio de ambulancia:			Si:	No:	Tel:	
Sitio de atención EPS:		Dirección sitio de atención EPS:						
Controla esfinteres:	Si:	No:	Utiliza gafas:	Si:	No:	Dificultad Visual, ¿Cuál?:		
Capacidad Auditiva:	Optima:	Mediana:	Baja:	Dificultad Auditiva, ¿Cuál?:				
Deporte que practica:								
Intensidad de entrenamiento:		Suave:	Moderado:	Fuerte:				
Horas semanales de práctica:								
LESIONES DEPORTIVAS DEL ESTUDIANTE.								
Esguinces:	Si:	No:	Localización:					
Fractura:	Si:	No:	Localización:					
Fisura:	Si:	No:	Localización:					
¿EL ESTUDIANTE PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?								
Diabetes	Si:	No:	Hernia :	Si:	No:			
Hipo glicemia	Si:	No:	Gastritis:	Si:	No:			
Hepatitis	Si:	No:	Migraña:	Si:	No:			
Paludismo	Si:	No:	Estreñimiento:	Si:	No:			
Hongos	Si:	No:	Otitis:	Si:	No:			
Asma/bronquitis	Si:	No:	Insuficiencia cardiaca:	Si:	No:			
Otras, cuales:								
VACUNAS QUE HA RECIBIDO EL ESTUDIANTE:								
BCG:	Si:	No:	Triple viral:	Si:	No:			
Hepatitis B:	Si:	No:	Tétano:	Si:	No:			
DPT:	Si:	No:	Meningitis:	Si:	No:			
Anti polio:	Si:	No:	Influenza:	Si:	No:			
Neumococo:	Si:	No:	Otras, cuáles:					
Presenta alergia a algún medicamento:	Si:	No:	¿Cuál?					
Presenta alergia a algún alimento:	Si:	No:	¿Cuál?					
¿Tiene alguna incapacidad médica que le impida participar en algún deporte?:							Si:	No:
Temporal certificación medica:	Si:	No:	Definitiva:	Si:	No:			

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ES VERDADERA, POR LO TANTO AUTORIZO SU VERIFICACIÓN POR PARTE DEL COLEGIO Y ME RESPONSABILIZO POR LOS DETALLES OMITIDOS.

FIRMA DE LA MADRE DE FAMILIA

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA

ELABORÓ:

PADRES DE FAMILIA

REVISÓ:

AUX. DE ENFERMERÍA

APROBÓ:

COORD. ADM. Y FINANCIERO

DOCUMENTO CONTROLADO