



FO-GAF-045

**FICHA ANTROPOMETRICA**Carrera 5ª No. 8 - 36 PBX: 3420972 FAX: 2439510  
NIT: 860.008.010-0 / APARTADO AÉREO 29592 - BOGOTÁ D.C.  
[www.colegiosalesianodeleonxiii.edu.co](http://www.colegiosalesianodeleonxiii.edu.co)

V-2. 31-01-18

Madre de familia	Nombre:		Apellidos:		Tel. Casa:		Móvil:	
Padre de familia	Nombre:		Apellidos:		Tel. Casa:		Móvil:	
Acudiente	Nombre:		Apellidos:		Tel. Casa:		Móvil:	
<b>ESTUDIANTE (Complete las preguntas y marque con una x donde sea necesario).</b>								
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 esfínteres:	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:								
<b>LESIONES DEPORTIVAS DEL ESTUDIANTE.</b>								
Esguinces:	Si:	No:	Localización:					
Fractura:	Si:	No:	Localización:					
Fisura:	Si:	No:	Localización:					
<b>¿EL ESTUDIANTE PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?</b>								
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:								
<b>VACUNAS QUE HA RECIBIDO EL ESTUDIANTE:</b>								
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: PADRESDEFAMILIA

REVISÓ: AUX. DE ENFERMERIA

APROBÓ: COORD. ADM. Y FINANCIERO

DOCUMENTO CONTROLADO