
	INSTITUTO SIKUANI CIUDAD JARDÍN NORTE <i>"CONSTRUYENDO UNA SOCIEDAD CON EXCELENCIA DESDE LA FE Y LA CIENCIA"</i> Nit :900.263.643-9 Calle 134A No 49-16 PBX 2534069	FUNDACIÓN SIKUANI 
---	---	--



FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES: _____ **GRADO:** _____

Apellidos y Nombres		N° Documento	
Fecha de Nacimiento		Seguridad Social (EPS)	
Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
Dirección Residencia		Barrio	
En Caso de ser Necesario Avisar a:			
Nombre Madre		Teléfonos	
Nombre Padre		Teléfonos	
Apellidos y Nombres Acudiente		Teléfonos	
Apellidos y Nombres Acudiente		Teléfonos	
Apellidos y Nombres Acudiente		Teléfonos	

DATOS BÁSICOS Y FUNDAMENTALES

Es necesario adjuntar diagnóstico Médico, si padece alguna Enfermedad.

RH Y GRUPO SANGUÍNEO

ENFERMEDAD	HA TENIDO	TIENE AHORA	NO TIENE	OBSERVACIONES
Convulsiones				
Epilepsia				
Cáncer				
Asma Bronquial				
Enfermedades Cardiacas				
Enfermedades Urinarias				
Diabetes				
Migraña				
Alergias				
Otras Enfermedades				

La presente ficha tiene como objeto conocer mejor el estado de salud de su hijo/a con el fin de evitar lesiones o acciones que puedan resultarle perjudiciales. Es de vital importancia no omitir ningún dato que pudiera ser de interés.

Firma Padres/Acudiente: _____ Cédula de Ciudadanía: _____