

# AMERICAN COOPERATIVE SCHOOL

c/o AMERICAN EMBASSY

LA PAZ - BOLIVIA

Tel. 591 2 2792302 – Fax 591 2 2797218

E-mail: [acs@acslp.org](mailto:acs@acslp.org) – Web Page: [www.acslp.org](http://www.acslp.org)

## FICHA MEDICA

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes/día/año

Sexo: Masculino/Femenino Curso: \_\_\_\_\_

El alumno vive con: \_\_\_\_\_ ambos padres \_\_\_ padre \_\_\_ madre \_\_\_ apoderado \_\_\_ otro(especifique) \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono (dom.): \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo (padre) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo padre): \_\_\_\_\_

Dirección del trabajo (madre) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo madre): \_\_\_\_\_

Celular del padre \_\_\_\_\_ Dirección electrónica (padre): \_\_\_\_\_

Celular de la madre \_\_\_\_\_ Dirección electrónica (madre): \_\_\_\_\_

Si el alumno no vive con los padre, nombre del apoderado(en La Paz): \_\_\_\_\_

Parentesco con el alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (apoderado): \_\_\_\_\_ Celular del apoderado: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en La Paz (vecino, amigo o pariente), quien tomaría la responsabilidad y el cuidado del alumno si Ud. no puede ser contactado:

Nombre : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros a la que el alumno está afiliado (dar el nombre): \_\_\_\_\_

Médico de cabecera : \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, indicar Clínica de su preferencia: \_\_\_\_\_

Cualquier cambio de dirección y/o teléfono **debe** ser obligatoriamente comunicado al colegio

Este formulario debe ser completado y devuelto máximo a los **60 días** del comienzo del año escolar, caso contrario el alumno no podrá asistir al colegio.

\*Nota: Todos los alumnos que participen en un equipo del colegio, deben tener un chequeo médico completo y actualizado, certificado por un doctor, antes de la época deportiva.

Firma del padre (madre o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA TOMAR MEDICAMENTOS

Con su autorización, la enfermera del colegio puede administrar los siguientes medicamentos sin previa consulta.

**Para todas las edades:**

Acetaminofeno para el dolor de cabeza, fiebre o malestar menor.

(Otros nombres del mismo son Tylenol, Panadol, Paracetamol, Crocin)

Ibuprofeno para inflamación o fiebre.

(Otros nombres del mismo son I-prin, Advil)

Sertal (dolor de estómago)

Strepsils pastillas tópicas contra el dolor de garganta.

Pastillas para la tos (Mentisan o Robitussin)

Soluciones, ungüentos o pomadas tópicas para heridas, irritaciones y/o picaduras de insectos.(la lista está disponible en enfermería).

**Para alumnos de intermedio y medio:**

Acetaminofeno para el cólico menstrual y dolor de cabeza.

Doy permiso a la enfermera del colegio para administrar los citados medicamentos. Favor colocar una X donde convenga:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Solamente los siguientes medicamentos podrán ser administrados, complete si es necesario:

\_\_\_\_\_

Firma del padre (madre o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mes/día/año

**AUTORIZACION DE EMERGENCIA:**

Doy mi consentimiento para que se tomen las medidas necesarias en caso de accidente o enfermedad repentina con la seguridad que seré notificado a la brevedad posible.

Firma del padre (madre o apoderado): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mes/día/año

**ANTECEDENTES MEDICOS**

Indique con un círculo la respuesta correcta.

Por favor lea cuidadosamente y complete **todas** las preguntas. Luego, devuelva al colegio.

Cualquier respuesta afirmativa debe ser explicada detalladamente.

Este formulario es para evitar cualquier problema de salud en el colegio o durante algún viaje escolar.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1- Tiene el alumno alguna lesión o enfermedad que necesite atención médica?            | Sí | No |
| 2- Usa anteojos o lentes de contacto?  | Sí | No |
| 3- <b>Tiene alguna alergia?</b>  | Sí | No |
| 4- Actualmente toma medicinas o está bajo tratamiento médico?                          | Sí | No |
| 5- Tiene o ha tenido desmayos, mareos o fatiga luego de hacer esfuerzo físico intenso? | Sí | No |
| 6- Tuvo alguna hospitalización, fractura (s) o cirugía anteriormente?                  | Sí | No |
| 7- Tiene alguna enfermedad diagnosticada?  | Sí | No |
| 8- Adolece de alguna enfermedad crónica?   | Sí | No |
| 9- Ha tenido conmociones o convulsiones?   | Sí | No |
| 10- Sufre de alguna condición médica que se agrave con el esfuerzo físico?             | Sí | No |
| 11- Necesita tomar algún medicamento durante el horario de clases?                     | Sí | No |

Por favor explique detalladamente las respuestas afirmativas:

---



---



---



---



---



---

Certifico que esta información médica es precisa y actual.

Firma del padre (madre o apoderado) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mes/día/año