



# 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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---