COLEGIO APOSTÓLICO SAN JOSÉ

Defensores del Chaco y Padre Rigual

Correo: secretaria@apostolicosanjose.edu.py

Asunción - Paraguay

FICHA DE DATOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE - Año lectivo 2027

Asunción, _____ de _____ de 202____.

FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA INSTITUCIONAL

El Servicio de Enfermería Institucional tiene como finalidad brindar atención primaria y primeros auxilios a los estudiantes que presenten algún malestar, accidente o situación que requiera asistencia durante la jornada escolar.

La atención comprende la valoración inicial, los cuidados básicos dentro de las posibilidades del servicio y, cuando corresponda, la comunicación inmediata con los padres, encargados o tutores para informar sobre la situación y coordinar las medidas necesarias.

IMPORTANTE: El Servicio de Enfermería Institucional no contempla la administración ni el suministro de medicamentos, ya sean de uso habitual, ocasional o de urgencia. Por tanto, no se realizan tratamientos farmacológicos ni se suministran medicamentos por iniciativa institucional.

A fin de garantizar una atención adecuada, oportuna y segura, solicitamos completar esta ficha con información veraz, precisa y actualizada sobre los antecedentes de salud del estudiante. Los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente para fines de atención, prevención y protección de su salud durante la permanencia en la institución.

---

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellidos y nombres completos: _____

Cédula de identidad N.º: _____ **Nacionalidad:** _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ **Edad:** _____

Curso/Grado: _____ **Sección:** _____

Turno: _____

Dirección particular: _____

Localidad: _____ **Teléfono:** _____

Grupo sanguíneo: _____ **Factor Rh:** ☐ Positivo (+) ☐ Negativo (-) ☐ No conoce

2. DATOS DE LOS PADRES, TUTORES

MADRE / TUTORA

Apellidos y nombres: _____

C.I. N.º: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

PADRE / TUTOR

Apellidos y nombres: _____

C.I. N.º: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

CONTACTO ALTERNATIVO PARA EMERGENCIAS

Nombre y apellido: _____

Parentesco: _____ Celular: _____

3. COBERTURA MÉDICA Y ANTECEDENTES DE SALUD

¿El estudiante cuenta con cobertura médica?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indicar:

☐ IPS ☐ Seguro médico privado ☐ Otro: _____

Nombre del seguro o prestador: _____

¿Ha presentado o presenta actualmente alguno de los siguientes padecimientos?

Marcar SÍ o NO y especificar cuando corresponda.

Padecimiento	SÍ	NO	Especificaciones
Asma	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	
Enfermedades respiratorias	☐	☐	
Enfermedades cardíacas	☐	☐	
Epilepsia	☐	☐	
Convulsiones	☐	☐	
Hipertensión arterial	☐	☐	
Hipotensión arterial	☐	☐	
Enfermedades gástricas	☐	☐	
Hepatitis	☐	☐	
Anemia	☐	☐	
Celiaquía o intolerancia al gluten	☐	☐	
Hernias	☐	☐	
Cefaleas o migrañas severas	☐	☐	
Trastornos de salud mental que requieran atención especial	☐	☐	
Fracturas o traumatismos recientes	☐	☐	
Otras enfermedades o condiciones relevantes	☐	☐	

En caso de haber marcado SÍ, ampliar la información:

_____

_____

4. ALERGIAS Y REACCIONES ADVERSAS

¿El estudiante presenta algún tipo de alergia?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indicar el tipo:

☐ Alimentos
☐ Medicamentos
☐ Picaduras de insectos
☐ Polen, polvo u otros agentes ambientales
☐ Látex
☐ Otras: _____

Especificar las sustancias o elementos que producen la reacción:

_____

¿Ha presentado alguna reacción alérgica grave o anafilaxia?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, describir qué ocurrió:

_____

¿Tiene indicado el uso de autoinyector de adrenalina (epinefrina)?

☐ SÍ ☐ NO

¿Cuenta con uno prescrito por su médico? ☐ SÍ ☐ NO

Observaciones e indicaciones médicas relevantes:

---

5. MEDICACIÓN HABITUAL, ALIMENTACIÓN Y VACUNACIÓN

¿El estudiante utiliza medicamentos de manera habitual?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, detallar:

Nombre del medicamento: _____

Motivo de uso: _____

Frecuencia indicada: _____

Recordatorio: La institución no administra ni suministra medicamentos. Los padres o tutores deberán comunicar las condiciones particulares que requieran atención y adoptar las previsiones correspondientes.

¿Tiene alguna dieta especial o restricción alimentaria?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, especificar:

¿Cuenta con el esquema de vacunación correspondiente a su edad?

☐ SÍ ☐ NO ☐ Incompleto ☐ No sabe

Observaciones relevantes sobre vacunas o antecedentes de vacunación:

---

6. CONDICIONES PARTICULARES Y EDUCACIÓN FÍSICA

¿El estudiante presenta alguna discapacidad o condición física, sensorial o funcional que requiera atención o acompañamiento especial?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, especificar:

¿Tiene alguna restricción para realizar actividades físicas, deportivas o recreativas?

☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indicar:

☐ Restricción total
☐ Restricción parcial
☐ Actividades que debe evitar: _____

¿Cuenta con certificado o indicación médica?

☐ SÍ ☐ NO

Fecha de emisión del certificado: ____ / ____ / _____

Observaciones o recomendaciones médicas:

---

7. DECLARACIÓN JURADA, AUTORIZACIÓN Y CONFIDENCIALIDAD

DECLARACIÓN JURADA DE LOS PADRES, ENCARGADOS O TUTORES

Declaro bajo fe de juramento que los datos consignados en la presente ficha son verdaderos, completos y actualizados. Asimismo, me comprometo a comunicar oportunamente a la institución cualquier modificación en el estado de salud del estudiante, diagnóstico, tratamiento, alergia, medicación habitual o condición que pudiera afectar su bienestar y seguridad durante la jornada escolar.

AUTORIZACIÓN PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA

En caso de presentarse una situación de emergencia que comprometa la salud o integridad física del estudiante y que requiera atención médica inmediata, autorizo a la institución a gestionar su traslado al centro asistencial más próximo o al servicio de salud que corresponda, procurando comunicar previamente o a la mayor brevedad posible dicha circunstancia a los padres, encargados o tutores.

Declaro conocer que los gastos derivados de la atención médica, traslado, estudios o tratamientos serán responsabilidad de los padres, encargados o tutores, según corresponda.

CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE SALUD

Autorizo a la institución a recopilar, registrar, conservar y utilizar los datos de salud consignados en esta ficha exclusivamente para fines de protección, prevención, atención de situaciones de salud y respuesta ante emergencias escolares.

La información tendrá carácter confidencial y será conocida únicamente por el personal institucional que, por razón de sus funciones, necesite acceder a ella, adoptándose las medidas razonables para evitar su divulgación o utilización indebida.

Declaro haber leído y comprendido las condiciones de funcionamiento del Servicio de Enfermería Institucional, especialmente la disposición relativa a la no administración ni suministro de medicamentos.

Firma de la madre, padre o tutor: _____

Aclaración: _____

C.I. N.º: _____ **Fecha:** ____ / ____ / _____

Celular de contacto: _____

OBSERVACIÓN: PRESENTAR LA FICHA DEL ESTUDIANTE CON EL CERTIFICADO MÉDICO EL VIERNES 26 DE FEBRERO DE 2027