



FICHA DE SALUD

Esta ficha es absolutamente confidencial. Sólo será conocida por la Inspectoría General o Enfermería del colegio y por su Profesor Jefe con el fin de lograr una mejor atención del alumno durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos a Usted contestar responsablemente todos los ítems, para que la información del colegio respecto del estado de salud del alumno sea correcta y completa.

I Antecedentes Generales del Alumno

Nombre del Alumno: _____ Rut _____

_____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Curso: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Grupo sanguíneo y Factor RH: _____ Peso: _____ Kg. Talla: _____ Mts.

Nombre de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

▪ En caso de Urgencia llamar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

En caso de estar bajo tratamiento médico, especifique el tratamiento y el nombre del médico tratante: _____

Teléfonos: _____ / _____ / _____

II Antecedentes Médicos del Alumno

Mencione aquellas enfermedades crónicas o agudas importantes que ha padecido o que padezca el alumno. Conteste sí o no según corresponda. Si las respuestas son afirmativas especificar el tipo de enfermedad.

Sí / No Tipo

Asma _____ Problemas antes y después del parto _____

Diabetes _____ Enfermedades hereditarias _____

Diabetes Mellitus _____ Miopía _____

Epilepsia _____ Anguías _____

Hipertensión arterial _____ Alergias _____
 Enfermedad Cardíaca _____ ¿cuál? _____ Aneurisma _____
 Trastornos emocionales _____ ¿cuáles? : _____ Hemofilia _____
 Bipolaridad _____
 Trastornos de la columna _____
 Escoliosis _____

¿Alguna vez ha sufrido de?

Fracturas _____	Convulsiones Febriles _____
Esguinces _____	Caries _____
Luxaciones _____	Jaquecas _____
Sangramiento Nasal _____	Colon Irritable _____
Dolor Menstrual _____	Crisis de Asma _____

¿Su pupilo usa?

Lentes de Contacto _____	Anteojos _____
Audífonos _____	Plantillas _____
Frenillos _____	Otros (especifique) _____

¿Ha realizado un chequeo médico de su pupilo en los últimos dos años? Sí _____ No _____

III Antecedentes Mórbidos Familiares

Responde sí o no según corresponda, especifique que familiar directo padece la enfermedad.

	Sí / No	Quién
Hipertensión Arterial	_____	_____
Diabetes Mellitus	_____	_____
Epilepsia	_____	_____
Asma	_____	_____
Enfermedad Cardíaca	_____	_____
Cáncer	_____	_____
Trastornos emocionales	_____	_____
Otras	_____	_____

IV Antecedentes Quirúrgicos (cirugías) del Alumno. Especifique el año en que se realizó.

V Medicamentos de uso habitual

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Para qué lo usa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

VI Alergias

	Sí o No	A qué
A medicamentos	_____	_____
Ambientales	_____	_____
Alimentos	_____	_____

VII Información Adicional

Si Usted considera que existe algún aspecto importante de la salud que no ha sido mencionado anteriormente, por favor Explíquelo a continuación:

- Cuando la gravedad del evento lo requiera, el Colegio utilizará los servicios del Seguro Escolar al Servicio hospitalario que corresponda.
- En caso que se requiera, el colegio trasportará al alumno al centro médico respectivo debiendo el padre hacerse responsable de los costos adicionales que eventualmente se generen.
- Si su hijo requiere algún tratamiento específico por estas u otras patologías durante el horario escolar, acérquese a la Inspectoría, Profesor Jefe o Enfermería para entregar el medicamento con la indicación médica correspondiente.
- Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación a este formulario.

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad.

Firma del Apoderado Académico

Firma Apoderado Responsable

fecha: de de 2014