**FICHA DE SALUD ALUMNO 2021**

1. **NOMBRE DEL ALUMNO**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CURSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD\_\_\_\_\_\_\_RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA NAC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESO\_\_\_\_\_\_\_TALLA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PREVISION DE SALUD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES FAMILIARES**

FAMILIARES CON LOS QUE VIVE EL ALUMNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. EN CASO DE URGENCIA AVISAR A**

NOMBRE \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CELULAR Y/O RED FIJA \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EL APODERADO DEBE COMUNICAR EN UN TIEMPO NO SUPERIOR A 72 HRS. CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DE CONTACTO del numeral III: “EN CASO DE URGENCIA”.**

**IV. ANTECEDENTES DE SALUD**

VACUNAS PNI **SI**\_\_\_\_**NO**\_\_\_\_COMPLEMENTARIAS **SI**\_\_\_\_**NO**\_\_\_\_ MENCIÓNELAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGIAS Y/O MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES CRÓNICOS/MORBIDOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS VISIÓN/ AUDICIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS **SI**\_\_\_\_ **NO**\_\_\_\_MENCIÓNELAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRAUMATISMOS ENCEFALOCRANEANOS **SI**\_\_\_\_**NO**\_\_\_\_MENCIÓNELOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRAUMATISMO MUSCULO-ESQUELÉTICO **SI**\_\_\_\_**NO**\_\_\_\_ MENCIÓNELOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS **SI**\_\_\_\_**NO**\_\_\_\_ MENCIÓNELOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDICIONES DE SALUD PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS PROPIAS DEL COLEGIO**

**APTO(A) SI\_\_\_\_NO\_\_\_\_ LIMITACIONES SI\_\_\_\_NO\_\_\_\_ MENCIÓNELAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**USTED AUTORIZA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS BÁSICOS A SU ALUMNO/A (QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN MÉDICA) EN EL COLEGIO** \_\_\_\_**NO**\_\_\_\_*MENCIÓNELOS*

|  |  |
| --- | --- |
| CEFALEA (DOLOR DE CABEZA) |  |
| FIEBRE |  |
| DOLOR DE ESTÓMAGO |  |
| MOLESTIAS MENSTRUALES |  |
| DOLOR MUSCULAR |  |
| OTROS |  |

**LOS MEDICAMENTOS BÁSICOS SEÑALADOS SERÁN ADMINISTRADOS CIRCUNSTANCIALMENTE**

**(NO PERMANENTEMENTE)**

**MEDICAMENTOS DE USO PERMANENTE SI**\_\_\_\_**NO**\_\_\_\_ MENCIÓNELOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***EN CASO QUE AL ALUMNO/A DEBA ADMINISTRÁRSELE ALGÚN MEDICAMENTO PARA TRATAMIENTO PRESCRITO POR UN PROFESIONAL MÉDICO, DURANTE LA JORNADA ESCOLAR, EL APODERADO DEBERÁ PROPORCIONAR LA MEDICACIÓN PERSONALMENTE O POR PERSONA EXTERNA AL COLEGIO AUTORIZADA PARA ELLO; EL ESTABLECIMIENTO DARÁ TODA LAS FACILIDADES PARA CUMPLIR ESTE COMETIDO.***

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **Nombre y Firma del Apoderado**