



FICHA DE SALUD ALUMNO 2022

I. 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 ___ MENCIONELOS _____
TRAUMATISMO MUSCULO-ESQUELÉTICO SI ___ NO ___ MENCIONELOS _____
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS SI ___ NO ___ MENCIONELOS _____

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 ___ MENCIONELOS

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 ____
MENCIONELOS _____

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**