



## FICHA DE SALUD ALUMNO 2025

### 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** \_\_\_\_\_

MENCIONELAS \_\_\_\_\_

**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 Económico**