



FICHA DE SALUD

I. Identificación Estudiante

Apellidos: _____ Nombres: _____

RUT: _____ Fecha nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Domicilio: _____ Comuna: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Alumna vive con Ambos padres Papá Mamá Abuelos Otros (quienes) _____

II. Antecedentes de Salud y Socioeducativos de la Estudiante

Fonasa: _____ Isapre: _____ Nombre Isapre _____

Enfermedad en la Actualidad: _____ Tratamiento: SI NO

Medicamentos a tomar: _____

Alérgica: SI NO En caso de respuesta afirmativa a qué: _____

El Apoderado autoriza a suministrar algún medicamento en caso de dolor (Paracetamol) SI NO

o Ácido Mefenámico para el dolor menstrual: SI NO

Está en tratamiento: Psicológico Psicopedagógico Neurológico Otro _____

Posee contraindicación médica para realizar actividad física y/o deportiva SI NO

(En caso de tener problemas de salud debe presentar certificado médico actualizado).

Posee Seguro Escolar (Diferente al legal): SI NO Especifique: _____

Consultorio, Hospital y/o Clínica dónde se atiende: _____

En Emergencia avisar a: _____ Fono: _____

Persona que puede retirar a la estudiante en caso de Emergencia y/o retiro (Además del Apoderado):

Nombre: _____ RUT: _____ FONONO: _____

El grupo familiar posee la Ficha de Registro Social de Hogares (Ex Ficha de Protección Social): _____

En caso de accidente de extrema gravedad, si el Colegio no logra contacto con el teléfono de emergencia indicado, se llevará a la alumna al Hospital El Salvador o al Hospital Luis Calvo Mackenna, salvo que usted indique a continuación otro Hospital

o Clínica: _____

Firma Apoderado

Fecha