



## 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