



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO

### I. ANTECEDENTES GENERALES DEL/LA ALUMNO/A.

Nombre Completo:		
Curso:	Grupo Sanguíneo:	Factor RH:

### EN CASO DE URGENCIA, LLAMAR A:

Nombre y parentesco:	Telefonos:
Nombre y parentesco:	Teléfonos:
Nombre y parentesco:	Telefonos:

### II. ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DEL/LA ALUMNO/A.

Indique si padece una enfermedad crónica (diabetes, asma, epilepsia, enfermedades cardíacas, u otras):				
Indique si usa:				
Lentes de contacto	Anteojos	Audífono	Frenillos	Plantillas ortopédicas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha sido operado/a, indique fecha y motivo:				
Fecha del último control médico:				

USO INTERNO:

MUESTRA-NO  
IMPRIMIR

**MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL**

Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	Motivos de uso:
Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	Motivos de uso:
Medicamento:	Dosis:	Frecuencia:	Motivos de uso:

*Si su hijo/a requiere algún tratamiento específico durante el horario escolar, acérquese a la Enfermería, para entregar el medicamento junto con la **indicación médica** correspondiente.*

**ALERGIAS**

Medicamentos (especificar):
Alimentos (especificar):
Ambientales (especificar):

**III. SEGURO ESCOLAR.**

Especifique tipo de Seguro Escolar que posee el/la alumno/a:

Público <input type="checkbox"/>	Clínica Santa María <input type="checkbox"/>	Clínica Indisa <input type="checkbox"/>	Otros (especificar):
-------------------------------------	---	--	----------------------

**IV. INFORMACIÓN ADICIONAL.**

Si usted considera que existe algún aspecto importante relativo a la salud de su hijo/a que no ha sido mencionado, sírvase explicarlo a continuación.


NOMBRE APODERADO:

RUT:

FIRMA

FECHA: