



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

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: