

Esta ficha es absolutamente confidencial. Sólo será conocida por el personal de Enfermería del colegio y su profesor jefe con el fin de lograr una mejor atención del alumno durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos a usted contestar responsablemente todos los ítems, para que la información respecto al estado de salud del alumno sea correcta y completa.

I.- Antecedentes Generales del Alumno

Nombre _____ Curso _____ Fecha de Nacimiento _____ Rut _____
 Domicilio _____ Grupo Sanguíneo y Factor RH _____ Peso _____ kg.
 Talla _____ mts.
 En caso de emergencia llamar a: _____ Parentesco: _____ Fonos: _____
 El alumno cuenta con Seguro escolar (Especifique) _____

Nota: En nuestro establecimiento NO se administra ningún tipo de medicamento, si el alumno está en tratamiento y requiere alguna dosis dentro de la jornada escolar deberá presentar receta médica con firma y timbre Médico tratante, en caso que no venga con receta tendrá que presentarse el apoderado a administrar el medicamento.

II.- Antecedentes Médicos del Alumno:

Indique Enfermedad	Indique Tratamiento

Medicamentos de Uso Habitual

Medicamento	
Dosis	
Frecuencia	
Para que lo usa	

¿Alguna vez ha sufrido de....?

Fracturas		Jaquecas		Crisis de Asma	
Luxaciones		Caries (dolor muelas)		Convulsiones febriles	
Esguinces		Sangramiento Nasal Espontaneo		Dolor Menstrual	
Otro (especificar)					

¿Su pupilo usa?

Lentes de contacto		Audífonos		Frenillos	
Anteojos		Plantillas		Prótesis	
Otros (especifique)					

¿Ha realizado un chequeo médico de su pupilo en los últimos dos años? SI ____ NO ____

III.- Antecedentes Quirúrgicos (cirugías) del alumno. (Especifique el año en que se realizó)

VI.- Alergias (especificar alérgeno)

Medicamentos		Ambientales	
Alimentos		Otras	

- Cuando la gravedad del evento lo requiera, el colegio trasladará al alumno al servicio de emergencia más cercano (Hospital del Carmen), Con su respectivo seguro escolar. Debiendo el apoderado acercarse lo más pronto posible.
- Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación a este formulario, en especial teléfonos de contacto.

Firma Apoderado