

FICHA MÉDICA DEL ALUMNO

I. Antecedentes generales:

Nombre alumno(a): _____

Domicilio: _____

RUT: _____ Fecha nacimiento: _____

Género: M F Grupo Sanguíneo: _____ RH _____

Nombre apoderado: _____

Fono : _____ Correo: _____

II. En caso de urgencia llamar a:

	<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Fono</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

III. Respecto de la salud del alumno(a):

¿Padece alguna enfermedad crónica?: SI NO

_____	_____
(Enfermedad)	(Tratamiento)

_____	_____
(Enfermedad)	(Tratamiento)

¿Presenta alergia a algún alimento?: SI NO

_____	_____
(Alergia)	(Tratamiento)

_____	_____
(Alergia)	(Tratamiento)

¿Presenta alergia a algún medicamento?. SI NO

_____	_____
(Alergia)	(Tratamiento)

_____	_____
(Alergia)	(Tratamiento)

Medicamento(s) de uso habitual: SI NO

(Medicamento)	(Dosis)	(Frecuencia)
(Medicamento)	(Dosis)	(Frecuencia)

Ha sido intervenido(a) quirúrgicamente: SI NO

(Intervención)	(Año)
(Intervención)	(Año)

IV. Autorización para suministrar medicamento al alumno(a) identificado más arriba.

En caso de: *Fiebre* *Cefalea* *Dolor menstrual* *Otro:* _____
(Especificar)

Autorizo a suministrar: *Paracetamol* *Predual* *Otro:* _____
(Especificar)

En qué dosis: _____

V. En caso de accidente que amerite el traslado del alumno(a) a un centro hospitalario, derivarlo a:

Hospital Regional Clínica Alemana Mutual de Seguridad

Asoc. Chilena de Seguridad *Otro:* _____
(Especificar)

Obs.: Si hay algún aspecto relacionado con la salud del alumno(a) que no ha sido mencionado, por favor detállelo a continuación: _____

Fecha: ____ de _____ de _____

Firma Apoderado