



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:

Nombre

Parentesco

Fono

1. _____

2. _____

3. _____

III. Respeto 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