



FICHA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

CURSO 2022: _____

Peso _____ Kgs. Altura _____ Mts. Grupo sanguíneo _____

¿Tiene alguna enfermedad de base?	SI	NO
Especifique		
¿Tiene algún tratamiento médico continuo?	SI	NO
Especifique		
¿Debe administrar medicamentos durante la jornada escolar?	SI	NO
Especifique		
¿Sabe administrarlo solo (a)?	SI	NO
Forma de administrarlo		
¿Es alérgico?	SI	NO
Especifique de alergia		
Seguro de accidentes	SI	NO
Institución que lo otorga		
¿En el caso de no localizarle permite trasladar al estudiante ante una situación de emergencia?	SI	NO
Nombre del apoderado suplente	Fono	
Correo personal	Parentesco	

FIRMA, NOMBRE Y RUT DEL APODERADO