



## 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