



FICHA DE SALUD Pre escolar 2024



COLEGIO DEL VALLE



MI CURSO 2024:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	PESO Kgs.	ALTURA Mts.	G. SANGUÍNEO
HÁBITOS QUE REALIZA SOLO (A)	SE VISTE <input type="radio"/>	VA AL BAÑO <input type="radio"/>	CEPILLA SUS DIENTES <input type="radio"/>
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DE BASE O TRATAMIENTO MÉDICO CONTINUO?	SI <input type="radio"/> ESPECIFIQUE		NO <input type="radio"/>
AUDIOMETRÍA	SI <input type="radio"/> EXÁMEN REALIZADO		NO <input type="radio"/>
¿CONTROLA ESFÍNTER?	SI <input type="radio"/> ¿DESDE QUE EDAD?		NO <input type="radio"/>
¿LOS PADRES DEBEN ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE LA JORNADA ESCOLAR?	SI <input type="radio"/> INDIQUE TRATAMIENTO Y HORARIO		NO <input type="radio"/>
¿EL ESTUDIANTE CUENTA CON SEGURO DE ACCIDENTES?	SI <input type="radio"/> INDIQUE ASEGURADORA		NO <input type="radio"/>
FRENTE A UNA URGENCIA, ¿PERMITE EL TRASLADO DEL ESTUDIANTE A UN CENTRO ASISTENCIAL?	SI <input type="radio"/> SI EL COLEGIO CUENTA CON PERSONAL CON VEHÍCULO PROPIO		NO <input type="radio"/>
NOMBRE APODERADO SUPLENTE	FONO	CORREO	PARENTESCO

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO