



FICHA DE SALUD ENSEÑANZA BÁSICA Y ENSEÑANZA MEDIA

CURSO 2024:

NOMBRE ESTUDIANTE	PESO Kgs.	ALTURA Mts.	G. SANGUÍNEO
¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD DE BASE O TRATAMIENTO MÉDICO CONTINUO?	SI <input type="radio"/> ESPECIFIQUE		NO <input type="radio"/>
¿ES ALÉRGICO (A)?	SI <input type="radio"/> INDIQUE TIPO DE ALERGIA		NO <input type="radio"/>
AUDIOMETRÍA	SI <input type="radio"/> EXÁMEN REALIZADO		NO <input type="radio"/>
¿DEBE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DURANTE LA JORNADA ESCOLAR?	SI <input type="radio"/> INDIQUE MEDICAMENTOS Y HORARIOS		NO <input type="radio"/>
¿SABE ADMINISTRARLO?	SI <input type="radio"/> DE LA SIGUIENTE FORMA		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"/> SÓLO EN CASO QUE EL COLEGIO DISPONGA DE PERSONAL CON VEHÍCULO		NO <input type="radio"/>
NOMBRE APODERADO SUPLENTE	FONO	CORREO	PARENTESCO

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO