

FICHA DE SALUD PRE ESCOLAR



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

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO