



FICHA DE SALUD ENSEÑANZA BÁSICA Y ENSEÑANZA MEDIA



CURSO 2027:

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

NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO