



Colegio Cabo de Hornos

FICHA DE SALUD AÑO 2023

Nombre del Alumno: _____	Rut: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Curso: _____	Fono: _____
Dirección: _____	Comuna: _____	
Grupo Sanguíneo _____	Peso _____	Talla: _____

Indique el nombre, parentesco y teléfono de a quien llamar en caso de **emergencia**.

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Fono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

ANTECEDENTES DE SALUD

I. Alergias

Marque si su hijo (a) tiene alguna alergia, especificando a que **alérgeno** o **cuál es la causa de ella**.

Medicamentos que le provocan alergia	(SI)	(NO)	Cuáles _____
Alimentos	(SI)	(NO)	Cuáles _____
Respiratoria	(SI)	(NO)	Cuáles _____
Otras Alergias	(SI)	(NO)	Cuáles _____

II. Antecedentes médicos

Marque **SI**, en caso de presentar cualquiera de los siguientes cuadros clínicos y especifique el tratamiento médico, indicando nombre del medicamento y dosis, o uso de aparatos y/o prótesis (lentes, plantillas, corsé, audífonos) cuando corresponda. Además, si ha tenido alguna de estas enfermedades infectocontagiosas.

Crisis Convulsiva Febriles	(SI) (NO)	Epilepsia	(SI) (NO)
Cefaleas o Jaquecas	(SI) (NO)	Desmayos	(SI) (NO)
Patologías Cardiacas	(SI) (NO)	Asma	(SI) (NO)
Problemas Oftalmológicos	(SI) (NO)	Problemas Auditivos	(SI) (NO)
Problemas Ortopédicos	(SI) (NO)		

Enfermedades infectocontagiosas:

Varicela	(SI) (NO)	Escarlatina	(SI) (NO)
Mononucleosis	(SI) (NO)	Parotiditis o Paperas	(SI) (NO)
Otras: _____			

Presenta problemas para realizar actividades deportivas: (SI) (NO)

III. Medicamento de uso habitual: (SI) (NO) Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____

Horario: _____ Inicio del tratamiento: _____

IV. Calendario de inmunización al día: (SI) (NO)

Vacunas **COVID:** (SI) (NO) N° de Dosis: _____

SEGURO ESCOLAR:

Seguro Escolar Privado en _____

Si el alumno (a) **NO** cuenta con Seguro de Salud Privado y sus padres no han sido ubicados, será trasladado por el Colegio, sólo en caso de urgencia y/o con riesgo vital a:

- SAPU de Colina.

Nombre apoderado _____ Rut _____

Fecha _____ Firma _____