

COLEGIO EL BOSQUE EDUCAUC

FICHA DE SALUD 2017

Esta ficha es absolutamente confidencial. Sólo será conocida por el Profesor(a) Jefe, Inspectoras y profesores de Educación Física con el fin de lograr una mejor atención del alumno durante su jornada escolar y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos a Usted contestar responsablemente todos los ítems, para que la información del colegio respecto del estado de salud del alumno sea correcta y completa.

- **Se recomienda adjuntar certificado médico que acredite el estado físico óptimo para la realización de las clases de Educación Física, Deportes y Talleres de los cuales participe su hijo.**
- **La ficha de salud debe ser entregada al profesor jefe durante el mes de marzo.**

I. Antecedentes Generales del Alumno

Nombre del Alumno:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Curso: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Grupo Sanguíneo y Factor RH: _____ Peso: _____ Kg. Talla:
_____ mts/cms

Nombre de la Madre:

Nombre del Padre:

❖ En caso de Urgencia llamar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono:

En caso de estar bajo tratamiento médico, especifique el tratamiento, pasos a seguir y nombre del médico tratante

Teléfonos: _____/_____/_____

II Antecedentes Médicos del Alumno

Mencione aquellas enfermedades crónicas o agudas importantes que ha padecido o padezca el alumno. Conteste sí o no según corresponda. Si las respuestas son afirmativas especificar el tipo de enfermedad.

❖ Sí / No Tipo

Asma: _____

Epilepsia: _____

Hipertensión Arterial: _____

Enfermedad Cardíaca: _____

Trastornos Emocionales: _____

Trastornos de Columna: _____

Diabetes: _____

Colesterol: _____

(En caso de presentar alguna de estas enfermedades u otra, debe adjuntar el Certificado que lo acredite).

¿Alguna vez ha sufrido de? Marque con una X.

Fracturas: _____

Convulsiones Febriles: _____

Esguinces: _____

Caries: _____

Luxaciones: _____

Jaquecas: _____

Sangramiento Nasal: _____

Colon Irritable: _____

Dolor Menstrual: _____

Crisis de Asma: _____

¿Su pupilo usa?

Lentes de contacto: _____

Anteojos: _____

Audífonos: _____

Plantillas: _____

Frenillos: _____

Otros (especifique): _____

III Antecedentes Quirúrgicos (cirugías) del Alumno. Especifique el año en que se realizó.

IV Medicamentos de uso habitual

Medicamentos	Dosis	Frecuencia	Para qué lo usa
--------------	-------	------------	-----------------

V	Alergias	Sí o No	A qué
	A medicamentos	_____	_____
	Ambientales	_____	_____
	Alimentos	_____	_____

VI Información Adicional

Si Usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno que no ha sido mencionado anteriormente, por favor explíquelo a continuación:

- ❖ Si su hijo requiere algún tratamiento específico por estas u otras patologías durante el horario escolar, acérquese a Inspectoría para entregar el medicamento con la indicación médica correspondiente. (Copia de la receta médica).
- ❖ Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación a este formulario.

El apoderado declara que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y que su hijo(a) está apto para poder realizar actividad física en forma normal.

Firma y Rut del Apoderado Responsable

Fecha: _____ de _____ de 2017