



# FICHA DE SALUD ESCOLAR

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia llamar a: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_

## 1.- INFORMACION DE SALUD

¿Tiene alguna enfermedad que necesite periódicamente tratamiento o control médico?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

Padece algún tipo de alergia: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

¿Recibe Tratamiento? Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

¿Recibe una medicación en forma habitual? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

¿Fue operado(a) alguna vez? Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna limitación física o impedimento para realizar Ed. Física?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Presenta algún problema Psicológico: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

Psiquiátrica: Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Presenta algún antecedente de algún familiar de?:

Diabetes: \_\_\_\_\_ Asma Bronquial: \_\_\_\_\_ Hipertensión Arterial: \_\_\_\_\_

Problemas Cardiacos: \_\_\_\_\_ Convulsiones: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sufrido de?:

Jaquecas: \_\_\_\_\_ Sangramiento Nasal: \_\_\_\_\_ Colon Irritable: \_\_\_\_\_

Dolor Menstrual: \_\_\_\_\_ Crisis de Asma: \_\_\_\_\_

¿Su pupilo usa?:

Lentes de contacto: \_\_\_\_\_ Anteojos: \_\_\_\_\_ Audífonos: \_\_\_\_\_ Plantillas: \_\_\_\_\_

Frenillos: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

¿Alguna otra situación a considerar por el Colegio, en relación a la salud del alumno(a)?

\_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DE LOS PADRES:

En mi carácter de PADRE/MADRE/TUTOR, autorizo a mi hijo(a) a realizar actividad física acorde a sexo, edad y lineamientos curriculares vigentes.

En caso que mi hijo(a) sufriera un accidente durante las clases de Educación Física, autorizo a que sea atendido por la unidad de Emergencia del Hospital San Camilo de San Felipe.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

Nombre y firma del Padre/Madre/Tutor