



FICHA DE SALUD ESCOLAR 2025

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