



FICHA DE SALUD

POR FAVOR COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA GRANDE Y LEGIBLE

DATOS DEL ALUMNO:

Curso: _____

Nombre: _____

Fecha nacimiento: ____/____/____ Rut: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Personas de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

DATOS DE PADRES Y/O APODERADOS:

Nombre: _____ Rut: _____

Nombre: _____ Rut: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL ALUMNO(A):

En caso de emergencia y/o accidente, el(la) niño(a) debe ser trasladado a:

¿Existen antecedentes familiares y/o hereditarios de salud?

Si su respuesta es sí, especifique:

¿Presenta actualmente el(la) niño(a) alguna enfermedad? _____

Si su respuesta es sí, especifique:

Grupo Sanguíneo: _____ Si usa medicamentos de forma habitual, indicar cuáles, horario y dosis:

Medicamento: _____ Horario: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Horario: _____ Dosis: _____

¿Ha tenido hospitalizaciones y/o intervenciones quirúrgicas? _____

Si su respuesta es sí, especifique: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:

Enfermedades infecto-contagiosas:

Varicela: Sí: _____ No: _____
Escarlatina: Sí: _____ No: _____
Sarampión: Sí: _____ No: _____
Meningitis: Sí: _____ No: _____
Rubéola: Sí: _____ No: _____
Impétigo: Sí: _____ No: _____
Paperas: Sí: _____ No: _____

Alteración del sistema cardiovascular:

Enf. Cardíaco-congénitas: Sí: _____ No: _____
Hipertensión: Sí: _____ No: _____
Fiebre reumática: Sí: _____ No: _____
Dolores Precordiálgicos: Sí: _____ No: _____

Alergias y reacciones de hipersensibilidad: Sistema respiratorio:

Ambiental: Sí: _____ No: _____
Medicamentos: Sí: _____ No: _____
Otros: _____

Asma: Sí: _____ No: _____
Síndrome bronquial obstructivo: Sí: _____ No: _____
Virus sincisial: Sí: _____ No: _____
Tuberculosis: Sí: _____ No: _____
Tos convulsiva: Sí: _____ No: _____

Alteraciones genitourinarias:

Infecciones renales: Sí: _____ No: _____
Infecciones urinarias: Sí: _____ No: _____

Alteraciones gastrointestinales:

Hepatitis: Sí: _____ No: _____
Úlcera: Sí: _____ No: _____
Reflujo gastroesofágico: Sí: _____ No: _____
Intolerancia a lactosa: Sí: _____ No: _____
Reflujo: Sí: _____ No: _____
Otros: _____

Alteraciones hematológicas y/o endocrinas:

Anemia: Sí: _____ No: _____
Hemofilia: Sí: _____ No: _____
Trastornos de coagulación: Sí: _____ No: _____
Diabetes: Sí: _____ No: _____
Trastornos de tiroides: Sí: _____ No: _____
Cáncer: Sí: _____ No: _____
Otros: _____

Alteraciones emocionales y/o psiquiátricas:

Trastorno de ansiedad: Sí: _____ No: _____
Terror nocturno: Sí: _____ No: _____
Inmadurez psico-emocional: Sí: _____ No: _____
Otros: _____

Alteraciones músculo-esqueléticas:

Tendinitis: Sí: _____ No: _____
Fracturas: Sí: _____ No: _____
Túnel carpiano: Sí: _____ No: _____

ANTECEDENTES DE MATERNO-INFANTILES:

Recién nacido:

Sano: Sí: _____ No: _____
Con patología: Sí: _____ No: _____
Especificar: _____

Embarazo:

Normal: Sí: _____ No: _____
Alteraciones 1º trimestre: Sí: _____ No: _____
De término: Sí: _____ No: _____
Prematuro: Sí: _____ No: _____

Firma apoderado(a)

Nota: La ficha de salud adjunta es simplemente un medio de información con la finalidad de que el colegio pueda tener el máximo de información referente a la salud del estudiante, bajo ningún motivo es un impedimento para la postulación he ingreso a nuestro establecimiento educacional.