

FICHA ESTUDIANTE_CONTROL SALUD 2026



Aprender, Amar y Servir

A) EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

Nombre contacto 1:

Teléfono :

Parentesco:

Nombre contacto 2:

Teléfono :

Parentesco:

B) ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO

Nombre Alumno:

Curso 2024:

C.I.N°:

Grupo Sanguíneo :

Previsión de Salud (Ej.: Fonasa, Isapre, Dipreca, otros) :

Estatura:

Peso:

Centro Salud correspondiente:

Vacunas al día: SI _____ NO _____

C) MEDICAMENTOS y TRATAMIENTOS :

Sólo con indicación médica vigente, entregada físicamente en el establecimiento

Medicamentos Prohibidos (nombre):

Medicamentos Autorizados (nombre):

D) INDICAR cualquier información respecto a alguna enfermedad o condición de salud del estudiante; ejemplo: problemas cardiacos, diabetes, TEA, Epilepsia u otra que considere importante. Para validar la información debe hacer llegar al establecimiento un CERTIFICADO MEDICO VIGENTE, con las indicaciones correspondientes que avalen lo mencionado. Es importante mencionar que, es su responsabilidad entregar dicha información.

OBSERVACIONES:

Importante:

* En caso de accidente escolar, el alumno será trasladado a la urgencia del Consultorio Miraflores de Temuco, donde deberá concurrir el apoderado a dicho centro.

YO....., declaro que la información vertida en esta ficha es veraz.

FIRMA APODERADO/A