

**Ficha de Salud Admisión2025**

**Información general:**

Nombre completo del alumno \_\_\_\_\_

Curso 2025 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Previsión de salud \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia (1) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia (2) \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Información de salud:**

<b>Condiciones médicas y quirúrgicas (por favor detalle a continuación e incluya el uso de órtesis, plantillas, anteojos u otros, si corresponde):</b>

**Vacunación en el colegio por funcionarios del Centro de Salud de la comuna:**

Durante el año se realizan vacunaciones a los estudiantes sujetos al Calendario Ministerial de Inmunizaciones o por alguna Campaña de Vacunación Ministerial extraordinaria, si su hijo(a) posee alguna contraindicación médica para ser vacunado debe entregar los antecedentes correspondientes al inicio del año escolar.

**Anafilaxia/Alergias que comprometen la vida:**

Las condiciones que se enumeran a continuación requieren un plan de atención específico, informe de este plan y entregue al encargado de la sala de primeros auxilios el o los medicamentos de uso S.O.S, junto a la prescripción médica al inicio del año escolar o cuando comience tratamiento.

	SÍ	NO	Detalle cuales
Alergia a alimentos			
Alergia a medicamentos			
Alergia a insectos			
Asma (detalle el tipo)			
Crisis epiléptica (detalle el tipo)			
Diabetes (detalle el tipo)			

**Describa cualquier otra condición médica o alergia que no fue mencionada anteriormente:**

**Medicación:**

El colegio aplica eventualmente a los alumnos las siguientes soluciones, geles o ungüentos de uso tópico que se enumeran a continuación, **indique en cada uno** si desea que se los apliquen a su hijo(a).

Medicación	SÍ
Gel antiinflamatorio y antiedematoso local (tipo Árnikaderm o similar)	
Ungüento cicatrizante (tipo Matikomp o similar)	
Antiinflamatorio local (tipo Lertus o similar)	
Ungüento para quemaduras menores o picaduras (tipo Foille o similar)	
Solución para irritación de garganta en mayores de 12 años (tipo Propolis spray o similar)	

En caso de una emergencia extrema **que no constituya un evento traumático** mi hijo(a) puede ser derivado a:

En virtud de lo anterior, el Colegio transportará al estudiante al Servicio de Urgencia respectivo debiendo el Apoderado Responsable hacerse cargo de los costos (traslado, médicos, etc.) que eventualmente se generen como se señala en Manual de Convivencia.

El abajo firmante declara que la información consignada en esta Ficha corresponde a la realidad y se compromete a mantener actualizados los datos y antecedentes en ella consignados durante el año escolar.

Nombre completo del apoderado:	Firma:	Fecha: