COLEGIO CRISOL

LIBERTAD 115 AMPLIACIÓN VILLA DULCE – VIÑA DEL MAR
FONO: 322367502 EMAIL: colegiocrisolvina@gmail.com

FICHA DE SALUD AÑO 2026

I.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante:	
Rut del estudiante:	
Dirección:	
Edad	
Fecha de nacimiento:	
Curso:	

II.-ANTECEDENTESDELAPODERADO:

Nombre del apoderado:					
Rut del apoderado:					
Celular del apoderado:					
Celular de emergencia:					
Nombre de familiar en caso de emergencia:					
Rut de familiar en caso de emergencia:					
Salud:	Fonasa				
	Isapre				
	Otras				
Posee el estudiante algún seguro privado de atención de salud	SI		NO		¿CUÁL?:
CENTRO DE SALUD DE DESTINO, EN CASO DE ACCIDENTE GRAVE:	SAPU MIRAFLORES ALTO – UBICADO EN AVENIDA EDUARDO FREI ESQUINA EL MEMBRILLO/ COSTADO CESFAM MIRAFLORES				
OBSERVACIONES: El colegio hace uso del seguro escolar del sistema público que se rige en caso de accidente en establecimientos educacionales.					

III. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE:

- Estado de salud del estudiante: Buena: ☐ Crónica: ☐
- Especificar enfermedad crónica: ☐
- ¿Ha tenido Covid-19? SI ☐ NO ☐ ¿Alguna secuela específica? ☐
- Grupo Sanguíneo ☐
- ¿Usa lentes ópticos? SI ☐ NO ☐

Hipertropía	
Astigmatismo	
Miopía	
Otro:	

- Usa medicamentos? SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles? ☐
- ¿Capacidad para realizar actividad física? SI ☐ NO ☐ Motivo: ☐

COLEGIO CRISOL
LIBERTAD 115 AMPLIACIÓN VILLA DULCE – VIÑA DEL MAR
FONO: 322367502 EMAIL: colegiocrisolvina@gmail.com

- Tiene alguna alergia? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? ☐
- Antecedentes Psicológicos o Psiquiátricos ☐
- El(La) estudiante posee algún tipo de problema de columna SI ☐ NO ☐

  ¿En tratamiento? SI ☐ NO ☐

  Especificar: _____
- El(La) estudiante posee algún tipo de problema cardio-vascular (Corazón) SI ☐ NO ☐

  ¿En tratamiento? SI ☐ NO ☐

  Especificar: _____
- El(La) estudiante posee algún tipo de problema respiratorio SI ☐ NO ☐

  ¿En tratamiento? SI ☐ NO ☐

  Especificar: _____
- El(La) estudiante posee algún tipo de problema en los pies (Clavos plantares, pie plano, etc.) SI ☐ NO ☐

  ¿En tratamiento? SI ☐ NO ☐

  Especificar: _____
- El(La) estudiante posee algún tipo de problema en los oídos SI ☐ NO ☐

  ¿En tratamiento? SI ☐ NO ☐

  Especificar: _____
- El(La) estudiante posee algún tipo de tratamiento médico, actualmente SI ☐ NO ☐

  Especificar: _____

IMPORTANTE: Si el estudiante presenta algún diagnóstico médico. Debe entregar copia del Certificado Médico en el establecimiento. -

YO_____**RUN**_____**DECLARO HABER ENTREGADO CON VERACIDAD LOS DATOS ANTERIORMENTE DESCRITOS.-**

FECHA:_____ FIRMA APODERADA(O)_____