

**FICHA DE SALUD AÑO 2024****I.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE:**

Nombredel estudiante:	
Rut delestudiante:	
Dirección:	
Curso:	

II.- ANTECEDENTES DEL APODERADO:

Nombredel apoderado:			
Rut delapoderado:			
Celular del apoderado:			
Celular de emergencia:			
Nombrefamiliar encasode emergencia:			
Rutdefamiliar encasode 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 serigee en caso de accidente en establecimientos educacionales.			

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

- Estadodesalud del estudiante: Buena: Crónica:
- Especificarenfermedad crónica:
- ¿Ha tenido Covid-19? SI NO ¿Algúnasecuela específica?
- Grupo Sanguíneo
- ¿Usalentesópticos? 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) _____