Ficha de Salud 2027

Datos del alumno(a):

Nombre completo:_____Curso **2027**: _____

RUN:_____Fecha de nacimiento:__/_____/_____Edad:_____

Grupo sanguíneo: _____ Factor _____ Peso: _____ Talla _____

Sistema de salud: Fonasa letra:_____Isapre: _____ (Debe indicar el nombre)

Nombre del padre:_____Teléfono personal:_____

Nombre de la Madre:_____Teléfono persona: _____

En caso de urgencia y de no poder ubicar a los padres, autorizo llamar a:

Sr (a):_____Teléfono:_____Parentesco:_____

Marca con una cruz y especifique con letra legible.

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	ESPECIFIQUE EL TIPO
ALERGIA			
ALERGIA ALIMENTARIA			
ASMA			
DIABETES			
EPILEPSIA			
CARDIOPATIA			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
OBESIDAD			
HEMOFILIA			
TIROIDES			
HEPATITIS			
HERNIAS			
PROBLEMAS AL SISTEMA ESQUELÉTICO O MUSCULAR (EJEMPLO :Pie plano)			
Patologías oftalmológicas (miopía.etc.)			

En caso de tener problemas oftalmológicos el apoderado debe adjuntar un certificado que autorice el uso de sus lentes en las clases de educación física (por un médico especialista), de manera contraria el alumno(a) deberá quitarse sus lentes para realizar la clase de educación física.

En caso de tener una enfermedad distinta a las ya nombradas especifique a continuación ¿Cuál?

_____

Toma algún medicamento permanente ¿Cuál?

_____

HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE:					
ENFERMEDAD	SI	NO	OPERACIÓN (ESPEFICIQUE DEBAJO ¿DE QUE?)	SI	NO
HEPATITIS					
PAROTIDITIS					
SARAMPIÓN			ESGUINCES O LUXACIONES	SI	NO
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			(ESPECIFIQUE EL LUGAR)		

En caso de haber padecido o padecer de las patologías antes mencionadas, se deberá presentar un certificado médico que especifique que el alumno(a) está apto para realizar actividad física, sin que ello implique un riesgo para la salud.

Lo mismo sucederá si el apoderado no autoriza a su hijo(a) a participar de actividades físicas especificando con un certificado médico cuál sería la razón (actualizado).

Yo_____RUN_____

Como apoderado titular autorizo a mi hijo(a) a realizar actividades físicas que se desarrollen en el colegio como: las clases de educación física, talleres de libre elección y talleres extra programáticos.

_____ _____

Nombre del apoderado titular
(Debe ser el mismo de la Ficha de Matrícula)

Firma apoderado titular

Fecha:____/_____/_____