|  |  |
| --- | --- |
| LOGO-San-Jose.png | **FICHA DE SALUD DEL ESTUDIANTE**La Providencia de Dios vela tiernamente sobre nosotros Recoleta, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_ |

|  |
| --- |
|  Estimado apoderado, la información que se le solicita permitirá mantener los datos actualizados del estudiante y así poder actuar de forma oportuna ante alguna eventualidad, tanto en el establecimiento como en salida pedagógica. |
|  |
| 1. **DATOS DEL ALUMNO**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombres y Apellidos:  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| Domicilio Alumno: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| Curso 2022: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha de Nacimiento:  |   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |  Rut |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Grupo sanguíneo:\_\_\_ \_\_\_\_ Sistema de Salud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Peso |   |   |   | kg. |  | Talla |   |   |   | Mt. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. RESPONSABLE ANTE ACCIDENTE** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En caso de emergencia comunicarse con: |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| Prioridad 1 Nombre : |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Teléfonos: |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| Prioridad 2 Nombre: |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Teléfonos: |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| **3. ANTECEDENTES** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.1 ¿Tiene alguna enfermedad, temporal o crónica, que requiera periódicamente tratamiento o control médico? |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI  |   |   |  | NO  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ¿Cuál es? |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 3.2 Durante los últimos 3 años ¿fue internado(a) alguna vez?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Si |   |   |  | NO |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Causa |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 3.3 ¿Tiene algún tipo de alergia?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | SI |   |   |  | NO |   |   |  |  | ¿A qué? |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|  | Síntomas  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|  | ¿Recibe tratamiento permanente?  |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI  |   |   |  | NO  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.4 ¿Presenta en forma constante dolores de cabeza, estomacal, otro…? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI |   |   |  | NO  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Especifique |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| **4. TRATAMIENTO** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.1 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI  |   |   |  | NO |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Especificar  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 4.2 ¿Presenta alguna limitación física? |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SI  |   |   |  | NO |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Especificar  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. A continuación marque con una “X” donde corresponda.**

El apoderado certifica que su pupilo NO \_\_\_ presenta dificultades o restricciones médicas para realizar actividad física y se compromete a actualizar oportunamente cualquier cambio en su estado de salud como entregar certificación médica que la respalde cuando sea necesario.

El apoderado certifica que su pupilo SI \_\_\_ presenta dificultades o restricciones médicas para realizar actividad física y se compromete presentar lo antes posible, certificación médica respectiva y a actualizar oportunamente cualquier cambio en su estado de salud.

Nombre y firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_