|  |  |
| --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_