



Ficha Médica Saint Mary Joseph School

DATOS DE LA O EL ESTUDIANTE		
Nombre:		Curso:
Edad:	F. de Nacimiento:	
Grupo sanguíneo:		
DATOS DE LOS PADRES, APODERADOS Y/O TUTOR LEGAL:		
Nombre adulto 1:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre adulto 2:	Parentesco:	Teléfono:
Indique otro si lo estima conveniente:	Parentesco:	Teléfono:

***Por favor leer y completar atentamente la presente ficha.**

Marque con una X según corresponda, registrando las observaciones correspondientes.

Enfermedad o padecimiento	Sí	No	Observación
Alergias (alimentos, picaduras, medicamentos, polvo, etc)			
Afecciones respiratorias (asma, bronquitis, etc.)			
Afección cardiaca			
Epilepsia			
Diabetes			
Hipertensión			
Afecciones óseas (Columna, articulaciones, etc.)			
Sinusitis			
Otitis			
Vértigo			
Jaquecas crónicas o migrañas			
Epistaxis frecuente (sangrado nasal)			
Enfermedades urinarias			
Afección psiquiátrica y/o psicológica (Crisis de Pánico, depresión, etc.)			
Contraindicaciones médicas			
Registro o antecedentes operatorios (hernias, amígdalas, apendicitis, etc.)			
Sigue actualmente algún tratamiento (Psicológico, neurológico, psiquiátrico, psicopedagógico, terapeuta ocupacional, fonoaudiológico, etc.)			
Otro			

ANTECEDENTES MÉDICOS PREVIOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Sarampión			
Varicela			
Hepatitis			
Virus boca, mano, pie			
Otros			

Nuestro colegio cuenta con seguro escolar en el Hospital Calvo Mackenna, en el caso de algún accidente grave, nuestros estudiantes SIEMPRE serán trasladados a dicho centro asistencial.

A modo de información, si usted cuenta con seguro médico particular llenar lo siguiente:

Cuento con seguro de salud particular SI _____ NO _____

Clínica con convenio: _____

Dirección: _____

*En el caso de un accidente grave y optar por el uso de su seguro de salud, el traslado desde el colegio al centro asistencial se debe hacer de manera particular por el adulto responsable indicado en la presente ficha.

***Importante:**
El colegio y sus funcionarios NO ESTÁN AUTORIZADOS por decreto legal, para administrar NINGÚN TIPO DE MEDICAMENTO, salvo aquellos casos en que exista un tratamiento debidamente certificado, previa presentación de receta médica, en la que debe indicar legiblemente el tipo de medicamento, dosis y horarios de su administración. Acompañado con la autorización escrita y firmada por uno de los adultos responsables indicados en la presente ficha.

En el caso de tener algún diagnóstico, cualquiera sea este, DEBEN enviar certificado y/o informe del especialista correspondiente.

ES SU DEBER MANTENER ACTUALIZADOS LOS NÚMEROS DE CONTACTO POR ALGUNA EMERGENCIA.

YoRUT:

APODERADO DE DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE FICHA SON FIDEDIGNOS, Y ME COMPROMETO A INFORMAR Y RENOVAR CUALQUIER DATO SI FUESE NECESARIO.

Macul, _____ de 202__

Firma _____