



Ficha Médica

La siguiente ficha es confidencial. Solo será conocida por el staff autorizado, con el fin de lograr una mejor atención del estudiante durante su jornada escolar y en el caso de una emergencia. Para ello solicitamos a usted contestar TODOS LOS ITEMS, para que la información del colegio respecto del estado de salud del estudiante sea correcta y completa.

Ante cualquier modificación de la condición de salud del estudiante avise de inmediato para modificar este formulario.

I- DETALLES GENERALES

Table with 4 columns: Name, Birth Date, Course, Weight, Surnames, Gender, Blood Group, Height.

II- EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A (SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA)

Contacto 1:

Table for Contact 1: Name, Parentesco, Celular, Tel. Fijo.

Contacto 2:

Table for Contact 2: Name, Parentesco, Celular, Tel. Fijo.

III- EN CASO DE ESTAR EN UN TRATAMIENTO PROLONGADO, ESPECIFIQUE EL TRATAMIENTO Y EL NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:

Table for Medical Treatment: Médico, RUT, Institución, Especialidad, Teléfono / Celular, Correo.

EL ESTUDIANTE UTILIZA (MÁRQUE CON UNA X):

Table for Student Utilization: Lentes de Contacto, Audífonos, Frenillos, Anteojos, Plantillas, Otros (Especifique).

INDIQUE LA FECHA DEL ÚLTIMO CONTROL MÉDICO DEL ESTUDIANTE: _____

III- INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Condiciones Médicas Relevantes, especifique (Ej: epilepsia, antecedentes Psicoemocionales)

--

Anafilaxis / Alergias de alto riesgo / Enfermedades Crónicas

Las condiciones señaladas a continuación requieren un plan de tratamiento que debe informar a Enfermería:

Condición Médica	Si	No	Síntomas – Medicamentos - Comentarios
Alergias Alimentarias (Riesgo Vital)			
Alergias a medicamentos (Riesgo Vital)			
Alergias Ambientales / insectos (Riesgo Vital)			
Asma			
Convulsiones			
Diabetes			
Hipertensión			

Describa otras condiciones médicas o alergias que no aparezcan en la lista anterior

--

Antecedentes Quirúrgicos (Cirugías) del estudiante. Especifique el año en el que fue operado y si presenta alguna secuela o cuidado específico:

--

En caso de urgencia **NO TRAUMÁTICA**, se comunicará al apoderado para tomar la decisión.

IV - MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL:

EL COLEGIO SOLO ADMINISTRA AQUELLOS MEDICAMENTOS INDICADOS EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA ORIGINAL.

Entregue en enfermería adjuntando la orden médica y/o receta ORIGINAL donde se especifique la forma de administración (Dosis, tiempo, duración y cualquier otro detalle relevante).

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Para qué lo usa

Firma	Nombre Apoderado	Fecha