



FICHA DE SALUD 2017.

Nombre del Alumno: _____ RUN _____
 Fecha Nacimiento: _____ Curso _____ Fono: _____ Comuna: _____
 Dirección: _____

Indique el nombre, parentesco y teléfono a quien llamar en caso de emergencia.

Nombre	Parentesco	Fonos
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

ANTECEDENTES DE SALUD.

VACUNAS. Completar cuadro vacunas alumnos desde Jardín Lúdico a 8° básico, marque con un ticket las vacunas en la edad recibida. Los alumnos nuevos y extranjeros deben presentar fotocopia del **CERTIFICADO DE VACUNAS.**

Recién Nacido	BCG	Enfermedades invasoras por M. Tuberculosis
2 y 4 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por H influenzae tipo B
	Polio inyect	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por S. Pneumoniae
6 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, tétanos, Tos Convulsiva Enfermedades invasoras por H influenzae tipo B
	Polio oral	Poliomielitis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por S. Pneumoniae
12 meses	Tres Vírica	Sarampión, Rubeola y Paperas
	Meningocócica conjugada	Enfermedades invasoras por N. meningitidis
	Neumocócica conjugada	Enfermedades invasoras por S. Pneumoniae
18 meses	Pentavalente	Hepatitis B Difteria, Tétanos, Tos convulsiva Enfermedades invasoras por H influenzae tipo B
	Polio oral	Poliomielitis
	Hepatitis A ***	Hepatitis A Solo para la región de Arica y Parinacota, Tarapacá y algunas comunas del Bio bio
Vacunación Escolar		
1° Básico	Tres Vírica	Sarampión, Rubeola y Paperas
	dTp	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva
4° Básico	VPH	Infecciones por Virus Papiloma Humano
5° Básico	VPH (segunda dosis)	Infecciones por Virus Papiloma Humano
8° Básico	dTp	Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva

ALERGIAS: Marque si su hijo (a) tiene alguna alergia, especificando a que alérgeno o cual es la causa de ella. Alergia:

Medicamentos que le provocan alergia	[si]	[no]	Cuáles _____
Alimentos	[si]	[no]	Cuáles _____
Respiratoria	[si]	[no]	Cuáles _____

Otras alergias [si] [no] Cuáles _____



Marque SI, en caso de presentar cualquiera de los siguientes cuadros clínicos y especifique el tratamiento médico, indicando nombre del medicamento y dosis, o uso de aparatos y/o prótesis (lentes, plantillas, corsé, audífonos) cuando corresponda. Si, si ha tenido alguna de estas enfermedades infecto contagiosas.

Crisis convulsivas febriles	[si] [no] _____	<u>Enfermedades infecto contagiosa.</u>
Epilepsia	[si] [no] _____	Varicela [si] [no]
Desmayos	[si] [no] _____	Escarlatina [si] [no]
Cefaleas o Jaquecas	[si] [no] _____	Mononucleosis [si] [no]
Patologías Cardíacas	[si] [no] _____	Parotiditis o Paperas [si] [no]
Asma	[si] [no] _____	Otras [si] [no]
Problemas oftalmológicos	[si] [no] _____	Cuales: _____
Problemas auditivos	[si] [no] _____	_____
Problemas ortopédicos	[si] [no] _____	
Otras:	_____	

HOSPITALIZACIONES:

<u>Fecha</u>	<u>Causa</u>
_____	_____
_____	_____

MEDICAMENTOS EN CASO DE: Cefalea (dolor de cabeza), fiebre, dolor estómago, dolor menstrual sólo se administrarán si los padres han adjuntado a la ficha de salud la prescripción médica por escrito y envían las dosis del fármaco a administrar a la unidad de enfermería.

Nota: El medicamento será administrado sólo por una vez, si no ceden los síntomas el alumno debe retirarse a su domicilio.

SEGURO ESCOLAR:

Seguro Escolar Privado en _____

Si el alumno **No** cuenta con Seguro Privado y sus padres no han sido ubicados, será trasladado por el Colegio, sólo en caso de urgencia con riesgo vital a:

- *Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, si es menor de 15 años.
- *Hospital Del Salvador o Servicio de Urgencia de Ñuñoa, si es mayor de 15 años.

Nombre Apoderado _____ RUN _____

Fecha _____

Firma _____