



Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FICHA DE SALUD COLEGIO SAN AGUSTIN 2020**

Nombre del alumno (a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

***A quien llamar en caso de emergencia, indique nombre y parentesco en orden de prioridad.***

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Teléfono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**ANTECEDENTES DE SALUD**

**Plan nacional de vacunación completo:** (marque con una X)

SI

NO

**Si le falta alguna vacuna mencionar:** \_\_\_\_\_

**Otras vacunas adicionales:**

Nombre	Edad	Fecha
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**ALERGIAS:** Marque con una X, si su hijo(a) tiene alguna alergia, especifique a que es alérgico **(debe ser diagnosticado por médico y con certificado que lo acredite).**

- Medicamentos (si) (no) cuales: \_\_\_\_\_
- Alimentos (si) (no) cuales: \_\_\_\_\_
- Respiratorio (si) (no) cuales: \_\_\_\_\_
- Otras alergias (si) (no) cuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PATOLOGIAS:** Marque con una X si su hijo(a) tiene alguna enfermedad especifica.

Diabetes (si) (no) utiliza medicamento y/o insulina cual: \_\_\_\_\_

Hipertensión (si) (no) utiliza medicamento, cual: \_\_\_\_\_

Epilepsia (si) (no) utiliza medicamento, cual: \_\_\_\_\_

Asma (si) (no) utiliza medicamento, cual: \_\_\_\_\_

Salud mental: (si) (no) utiliza medicamento, cual: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES:**

Fecha

Causa

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**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. Luís Calvo Mackenna, si en menor de 15 años.**
- **Hospital del Salvador o servicio de urgencia de Ñuñoa, si es mayor de 15 años.**

**NOTA IMPORTANTE**

1. Se deja constancia a los apoderados, que en la Enfermería del colegio **NO se administran medicamentos** de ninguna clase (comprimidos, jarabes, inhaladores, etc.) según el Código Sanitario Libro sexto art. 124, 125, 129. Solo se prestan los primeros auxilios y son derivados respectivamente.
2. Si algún alumno debe tomar algún medicamento durante la jornada de clases, podrá ser administrado por las encargadas de la enfermería, **solo si posee receta médica**, la cual quedará una copia actualizada en la enfermería.

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado

Nombre del Apoderado: \_\_\_\_\_ Run: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma