



Fecha ___/___/___

FICHA DE SALUD COLEGIO SAN AGUSTIN 2023

1. Nombre del alumno (a): _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Curso 2023: _____
3. Rut del alumno (a): _____ Edad: _____
4. Dirección: _____
5. Comuna: _____.

A quien llamar en caso de emergencia, accidente o enfermedad del estudiante, indique nombre y parentesco en orden de prioridad (anotar por lo menos dos contactos).

<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 le falta alguna vacuna mencionar)
SI _____ NO _____

Vacuna COVID-19 (última dosis de vacuna administrada):

Nº de dosis administrada (1º, 2º, 3º, 4º o vacuna anual): _____

Fecha de administración: _____

Nombre de la vacuna: _____

Otras vacunas administradas:

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

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) cuáles: _____
- Alimentos (si) (no) cuáles: _____
- Respiratorio (si) (no) cuáles: _____
- Otras alergias (si) (no) cuáles: _____

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

Diabetes (si) (no) utiliza medicamento y/o insulina cuál: _____

Hipertensión (si) (no) utiliza medicamento, cuál: _____

Epilepsia (si) (no) utiliza medicamento, cuál: _____

Asma (si) (no) utiliza medicamento, cuál: _____

Salud mental: (si) (no) si marca si, especifique cuál y que medicamentos usa _____

Otras patologías: _____

CIRUGÍAS:

Fecha: _____ Tipo de cirugía: _____

SEGURO ESCOLAR:

Seguro Escolar Privado en:

Si el estudiante 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.

En caso que el seguro escolar privado no cuente con ambulancia, se contactará una de forma particular para ser trasladado a la clínica de preferencia, cuyo pago es responsabilidad del apoderado.

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 estudiante 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.***

Nombre del Apoderado: _____ Rut: _____

Firma