FICHA DE SALUD COLEGIO SAN AGUSTIN 2027.

Fecha ___/___/____

1. Nombre del estudiante: _____

2. Fecha de nacimiento: _____ Curso 2027: _____

3. Rut del estudiante: _____ Edad: _____

4. Dirección: _____ 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).**

Nombre	**Parentesco**	**Teléfono**
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

ANTECEDENTES DE SALUD

Plan nacional de vacunación completo: (marque con una X, si le falta alguna vacuna mencionar)
SI **NO** _____

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 **(con certificado que lo acredite).**

- A medicamentos (si) (no) cuáles_____
- A alimentos (si) (no) cuáles_____
- Respiratorio (si) (no) cuáles: _____
- Otras alergias (si) (no) cuáles: _____

Patologías: Marque con una X si su hijo(a) tiene alguna enfermedad específica:

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 contactos no han sido ubicados, será trasladado ***sólo en caso de urgencia con riesgo vital a los siguientes hospitales:***

- *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 estudiante debe tomar algún medicamento durante la jornada de clases, podrá ser administrado por las encargadas de la enfermería, **solo si posee receta médica**.
3. La información contenida en esta ficha está sujeta a las normas contenidas en la ley 21.719 sobre protección de datos personales, y tiene por finalidad exclusiva contar con los antecedentes para proteger su vida, salud e integridad por lo que se manejará con la confidencialidad exigida por dicha norma.

Nombre del Apoderado: _____ Rut: _____

_____

Firma