



"Educational Community of
Excellence, innovating for
a positive future"

**Inspectoría General
Sala de primeros auxilios**

Ficha de salud

Nombre completo: _____

Curso: _____ Fecha de nacimiento: _____ Rut: _____

Dirección: _____

Peso: _____ Talla: _____ Grupo sanguíneo: _____

Antecedentes de salud:

Presenta alguna dificultad:

Visual: _____ Columna: _____ Audición: _____

Enfermedad crónica: _____

Medicamentos de uso diario: _____

Alergias: _____

Medicamentos contraindicados: _____ Mencione cuáles: _____

Observaciones: _____

Acepta el uso del seguro escolar (Hospital regional): Si _____ No _____

Sistema de salud:

Fonasa: _____ Isapre: _____

En caso de emergencia derivar a:

Hospital: _____ Clínica: _____



"Educational Community of
Excellence, innovating for
a positive future"

**Inspectoría General
Sala de primeros auxilios**

En caso de emergencia contactarse con:

Nombre	Parentesco	Teléfono 1	Teléfono 2
Correo electrónico 1:			
Correo electrónico 2:			

Personas autorizadas a retirar al estudiante:

Nombre	Parentesco	Rut	Teléfono

Hermanos/as en otros cursos:

Nombre: _____ Curso: _____

Nombre: _____ Curso: _____

Nombre: _____ Curso: _____

Firma Apoderado/a: _____