



# Ficha Médica

Nombre Estudiante:		Curso:	
Fecha de nacimiento:	Grupo Sanguíneo:	Sexo:	Edad:
Previsión:	FONASA:	ISAPRE:	¿Cuál?

El apoderado debe informar al colegio cualquier situación médica emergente durante el año, siendo de su exclusiva responsabilidad dicha información.

### Tratamiento con otros Profesionales (seleccionar y nombrar)

Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/>	Psiquiatra <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
Terapeuta <input type="checkbox"/>	Neurólogo <input type="checkbox"/>		
Psicólogo <input type="checkbox"/>	Psicopedagogo <input type="checkbox"/>		

Enfermedades			
	Diabetes		Asma
	Jaquecas		TBC
	Epilepsia		Hepatitis
	Patologías cardíacas		Tifoidea
Otras:			

Alergias
Medicamentos:
Respiratorias:
Alimentarias:
a Animales
a Insectos:
Otras:

### Uso de Aparatos y/o Prótesis

<input type="checkbox"/> Ortodoncia
<input type="checkbox"/> Lentes
<input type="checkbox"/> Plantillas
<input type="checkbox"/> Cors.
<input type="checkbox"/> Audif.
<input type="checkbox"/> Otros

Comentarios adicionales
_____
_____
_____

### Medicamentos, Tratamientos y Dietas

Tratamiento	Medicamentos autorizados	Medicamentos prohibidos
-------------	--------------------------	-------------------------

### Observaciones generales

--	--	--	--

Convenio médico particular	Traslado de urgencia	Contacto de emergencia	Teléfonos de emergencia

Nombre Apoderado:
Fecha:

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