



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