



RUT ALUMNO/A:
 Curso:
 Edad:
 Fecha Nacimiento :

FICHA MÉDICA 2024

NOMBRE COMPLETO ALUMNO(A):

Nombre de la madre:

Nombre del padre:

Atención por Seguro Escolar Clínica _____: SI No

Teléfono de Casa: Papá Mamá

Teléfono de oficina: Papá Mamá

Enfermedad(es) pre-existente(s) SI NO

¿Cuál?(es):

¿Toma medicamentos en forma permanentes? SI NO

¿Cuál?(es):

¿Presenta algún tipo de alergia a medicamentos o alimentos? SI NO

¿Cuál?(es)

¿Operado u hospitalizado en alguna ocasión? SI NO.....

¿Motivo?

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE:

¿Su hijo (a) es alérgico al medicamento Paracetamol SI NO

¿Autoriza usted darle este medicamento a su hijo(a)? Si NO

Especifique dosis y cantidad con una (X): 500 mg 160 mg. 80mg

En caso de dolor estomacal, usted ¿autoriza a su hijo (a) a que tome Viadil en gotas (antiespasmódico)? SI NO

¿Su hijo (a) es alérgico a este medicamento? SI NO

En caso de emergencia llamar a : N°..... Fono:

N° de Celular: Papá: N°..... Mamá:

NOTAS:

- (1) El alumno/a que tenga otro seguro deberá especificar en qué clínica lo tiene o de lo contrario será llevado al hospital Exequiel González Cortez para su primera atención y luego el apoderado será el encargado del traslado a la clínica u hospital de su preferencia asumiendo el hacerse cargo del total de los gastos.
- (2) Si el alumno(a) debe tomar algún medicamento específico debe ser indicado por Agenda al Profesor(a) Jefe, y si debe ingerirlo en el Colegio debe ser enviado con Receta Médica, indicando período de tiempo, dosis y horario. De lo contrario NO se podrá administrar el medicamento.

FIRMA Y RUT APODERADO/A



AUTORIZACIÓN EDUCACIÓN FÍSICA 2024

Sr/a. Apoderado/a:

El Área de Educación Física, tomando en cuenta la necesaria protección de sus hijos e hijas con relación al Programa de Actividad Física y Salud que tenemos en marcha, se ha propuesto realizar una revisión preventiva de todos nuestros alumnos, con la finalidad de recabar antecedentes de salud que sean importantes para el desarrollo de planes y programas, actividades extra curriculares, talleres y selecciones deportivas del colegio.

Por tal motivo, se hace necesario y fundamental, saber si su hijo presenta algún tipo de impedimento físico o enfermedad, diagnosticada por un médico especialista, para realizar actividad física de tipo cardiovascular, muscular o articular de forma normal.

Rosario Sánchez F.
Directora

Yo:, Apoderado (a)

de RUT del curso autorizo a mi hijo (a) a realizar actividad física – deportiva y certifico que no presenta ninguna enfermedad que le impida realizar los contenidos de la asignatura asociadas a su edad, capacidad física y desarrollo motor.

Si presenta algún problema de salud, describa la situación y adjunte certificado médico.

1.
2.
3.

FIRMA Y RUT APODERADO/A