



FICHA DE SALUD ESCOLAR

Colegio Particular Alicanto

SOLICITAMOS LLENAR ESTE FORMULARIO CON MAYÚSCULAS.

I. Identificación del Estudiante

NOMBRE COMPLETO			
FECHA DE NACIMIENTO			
CURSO 2025			
RUN	EJEMPLO: 12.345.678-9		
DOMICILIO			
CIUDAD			
EDAD			
SISTEMA DE SALUD	GRUPO SANGUÍNEO		
TALLA	MTS.	PESO	KLS.

II. Antecedentes Familiares

NOMBRE COMPLETO MADRE	
CELULAR MADRE	TELÉFONO FIJO MADRE
CORREO ELECTRÓNICO	

NOMBRE COMPLETO PADRE	
CELULAR PADRE	TELÉFONO FIJO PADRE
CORREO ELECTRÓNICO	

En caso de urgencia y no poder comunicarse con los padres llamar a:

NOMBRE	PARENTESCO
CELULAR	TELÉFONO FIJO
CORREO ELECTRÓNICO	

NOMBRE	PARENTESCO
CELULAR	TELÉFONO FIJO
CORREO ELECTRÓNICO	

III. Antecedentes de Salud de Estudiante

- 1. ALERGIAS O INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS (ESPECIFICAR Y ADJUNTAR COPIA DE INFORME MÉDICO ACTUALIZADO):**

- 2. ALERGIAS A MEDICAMENTOS (ESPECIFICAR Y ADJUNTAR COPIA DE INFORME MÉDICO ACTUALIZADO):**

- 3. ALERGIAS VARIAS COMO POLEN, ÁCAROS, ANIMALES, PICADURAS (ESPECIFICAR):**

- 4. ENFERMEDADES IMPORTANTES QUE HAYA PADECIDO O PADEZCA EN LA ACTUALIDAD (ESPECIFICAR):**

- 5. MEDICAMENTO QUE ESTUDIANTE CONSUME HABITUALMENTE (ESPECIFICAR):**

6. INTERVENCIÓN(ES) QUIRÚRGICA(S) A LA QUE ESTUDIANTE HA SIDO SOMETIDO (ESPECIFICAR):

7. ANTECEDENTES DE SALUD DE FAMILIARES (ESPECIFICAR):

8. CUADRO RESUMEN: MARCAR SEGÚN TIPO DE AFECCIÓN DE ESTUDIANTE:

N°	AFECCIÓN	SI	NO	ESPECIFICAR
1	ALERGIA			
2	ASMA			
3	EPILEPSIA			
4	DIABETES			
5	CARDIOPATÍA			
6	OBESIDAD			
7	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
8	TIROIDES			
9	HEPATITIS			
10	HERNIAS			
11	TRASTORNOS MENTALES			
12	PROBLEMAS MUSCULARES			
13	PROBLEMAS ÓSEOS			
14	PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS			
15	PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS			
16	PROBLEMAS AUDITIVOS			
17	PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS			
18	CEFALEAS			

9. En caso de tener problemas oftalmológicos, el apoderado debe adjuntar un certificado del médico especialista que autorice el uso de sus lentes en las clases de educación física, de manera contraria el estudiante deberá quitarse sus lentes para realizar la clase de educación física. Describa si el estudiante posee algún problema oftalmológico.

10. Observaciones: En caso de tener una enfermedad distinta a las ya nombradas, especifique a continuación.

11. En caso de padecer alguna de las patologías antes mencionadas, se deberá presentar un certificado médico que especifique que el estudiante está apto para realizar actividad física, sin que ello implique un riesgo para la salud.

Yo _____ RUN _____, como
apoderado titular de _____ del curso _____,
autorizo a mi pupilo(a) a realizar actividades físicas que desarrollen en el colegio como las clases
de Educación Física y Talleres Formativos (optativos u obligatorios).

FECHA: