

## Ficha Médica y de Salud CW

Nombre del Alumno(a)

Rut del Alumno(a)

Domicilio

Curso  Teléfono  F. Nacimiento

### Antecedentes Médicos y de Salud

Sistema de Salud  Isapre  Fonasa  Particular  F. Armadas

En caso de emergencia llamar a

A los siguientes teléfonos

Es alérgico a  Medicamentos  Alimentos Otros ¿Cuál?

Grupo Sanguíneo  ¿Padece alguna enfermedad crónica? Sí  No

De tener, indique la enfermedad crónica

¿A padecido enfermedades o intervenciones quirúrgicas de relevancia? Indique cuáles

¿Se encuentra en tratamiento médico que requiera de cuidados? Descríbalos

¿Está en tratamiento médico con medicamento? Indique cuál y su horario

¿Esta diagnosticado por una situación emocional? Sí  No  ¿Cuál?

¿Está diagnosticado por una situación de NEE? Sí  No  ¿Cuál?

Observaciones que desee agregar:

Se solicita adjuntar fotocopia de certificados, para un mejor manejo y control desde el establecimiento.