

## 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.**