



FICHA DE SALUD 2018

Nombre (completo) _____ RUT _____ edad _____

Fono _____ celulares _____ / _____ contacto de Emergencia _____

Nombre y fonos

FONASA: SI NO Tramo A B C D Isapre _____ Grupo de Sangre _____

Por favor, marque con una X la columna que corresponda. Describa la patología, lesión y/o alergia (adjuntar certificado médico actualizado).	SI	NO
Alergias: ESPECIFIQUE		
Lesiones de columna: ESPECIFIQUE		
Problemas respiratorios - Asma: ESPECIFIQUE		
Diabetes: ESPECIFIQUE		
Enfermedades cardíacas: ESPECIFIQUE		
Epilepsia y/o Convulsiones: ESPECIFIQUE		
Hemorragias o Enfermedades de la sangre: ESPECIFIQUE		
¿Tiene algún tratamiento médico? Indicar		
¿Toma algún medicamento? Indicar		

¿Cómo describiría la salud de su hijo/a? Buena Regular Mala .

Nota: Los costos de traslado y atención médica son de exclusiva responsabilidad del Apoderado.

Con mi firma, declaro que la información provista en este documento es correcta y verdadera .Y, ME OBLIGO A INFORMAR OPORTUNAMENTE LOS NUEVOS ANTECEDENTES DE LA SALUD DE MI PUPILO.

Nombre y firma del Apoderado



FICHA DE SALUD 2018

Nombre (completo) _____ RUT _____ edad _____

Fono _____ celulares _____ / _____ contacto de Emergencia _____

Nombre y fonos

FONASA: SI NO Tramo A B C D Isapre _____ Grupo de Sangre _____

Por favor, marque con una X la columna que corresponda. Describa la patología, lesión y/o alergia (adjuntar certificado médico actualizado).	SI	NO
Alergias: ESPECIFIQUE		
Lesiones de columna: ESPECIFIQUE		
Problemas respiratorios - Asma: ESPECIFIQUE		
Diabetes: ESPECIFIQUE		
Enfermedades cardíacas: ESPECIFIQUE		
Epilepsia y/o Convulsiones: ESPECIFIQUE		
Hemorragias o Enfermedades de la sangre: ESPECIFIQUE		
¿Tiene algún tratamiento médico? Indicar		
¿Toma algún medicamento? Indicar		

¿Cómo describiría la salud de su hijo/a? Buena Regular Mala .

Nota: Los costos de traslado y atención médica son de exclusiva responsabilidad del Apoderado.

Con mi firma, declaro que la información provista en este documento es correcta y verdadera .Y, ME OBLIGO A INFORMAR OPORTUNAMENTE LOS NUEVOS ANTECEDENTES DE LA SALUD DE MI PUPILO.

Nombre y firma del Apoderado