|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN GENERAL ALUMNO O ALUMNA** | | | | | | | | | | *Foto del Alumno o Alumna.* | |
| **CURSO:** |  | | | | | | | | |
| **APELLIDOS** | | | | | **NOMBRES** | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| **RUT** | |  | | | | | **GRUPO SANGUÍNEO** | |  | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | |  | | | | | **PESO/ALTURA ESTIMADOS** | | *Kgs.* | | *Mts.* |
| **FONASA (SI/NO)** | |  | | | | | **ISAPRE (Indique cuál)** | |  | | |
| **DIRECCIÓN** | |  | | | | | | | | | |
| **COMUNA** | |  | | | | | | | | | |
| **TELÉFONO** | |  | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DEL PADRE DEL ALUMNO O ALUMNA** | | | | | | | | | | | |
| **APELLIDOS** | | | | | | **NOMBRES** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **TELEFONO OFICINA/TRABAJO** | | | |  | | | | | | | |
| **CELULAR** | | | |  | | | | | | | |
| **MAIL** | | | |  | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DE LA MADRE DEL ALUMNO O ALUMNA** | | | | | | | | | | | |
| **APELLIDOS** | | | | | | **NOMBRES** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| **TELEFONO OFICINA/TRABAJO** | | | |  | | | | | | | |
| **CELULAR** | | | |  | | | | | | | |
| **MAIL** | | | |  | | | | | | | |
| **PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR Y RECIBIR AVISO EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA** | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | **FONO** | | | | | **RELACIÓN** | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE (*COMPLETE LA OPCIÓN Y ADJUNTE INFORMACIÓN SI SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO MÉDICO, FAVOR COMUNICARSE CON NUESTRA ENCARGADA DE PRIMEROS AUXILIOS,*** [***ANTOLINA.GODOY@COLEGIOPUMAHUE.CL***](mailto:ANTOLINA.GODOY@COLEGIOPUMAHUE.CL)***, PARA COMPLETAR FORMULARIO DE FICHA DE SALUD CASOS ESPECIALES)*** | | | | | | | | | | | | |
| **Asma** | **SI** | **NO** | Tipo | | | | Observaciones: | | | | | |
| **Diabetes** | **SI** | **NO** | Tipo | | | | Observaciones: | | | | | |
| **Alergias** | **ALIMENTARIA** | | **SI** | **NO** | | Sensibilidad: | | | | Alimento(s): | | |
| **MEDICAMENTOS** | | **SI** | **NO** | | Tipos: | | | | | | |
| **OTRAS** | | **SI** | **NO** | | Tipos: | | | | | | |
| **¿UTILIZA INYECCIÓN DE ADRENALINA U OTRO PARA TRATAR LAS ALERGIAS?** | | **SI** | **NO** | | **¿Qué tipo?** | | | | | **¿Posee respaldo médico?** | |
| **Jaqueca** | **SI** | **NO** |  | | Obstrucción respiratoria | | | | **SI** | **NO** | |  |
| **Epilepsia**  **Convulsiones** | **SI** | **NO** | TIPO | | | | | | | | | |
| **Ha estado hospitalizado ¿Por qué?** | **SI** | **NO** | Año | | | | | Motivo | | | | |
| **Ha sido Operado** | **SI** | **NO** | Año | | | | | Motivo | | | | |
| **Contraindicación de algún medicamento** | **SI** | **NO** | Especifique | | | | | | | | | |
| **Cardiovascular Taquicardia Arritmias** | **SI** | **NO** |  | | | | | | | | | |
| **Tratamiento farmacológico vigente. (Deberá adjuntar certificado médico)** | **SI** | **NO** | Especifique | | | | | | | | | |
| **Otros** |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGURO DE ACCIDENTE ESCOLAR** | | | | |
| En caso de accidente en el que sea necesario trasladar al alumno o alumna a un servicio de urgencia (revisar protocolo Plan Integral de Seguridad escolar), seleccione el seguro de accidentes que se deberá activar: (Marque con X su decisión) | | | | |
| **SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES PRIVADO**  *\*Este seguro es privado y voluntario.* | | |  | |
| **Seguro Clínica Alemana** | **Seguro Clínica Santa María** | **Seguro Clínica Las Condes** | | **Seguro Cía. de Seguros Bice Vida** |
|  |  |  | |  |
| **Otro Seguro (Indique Cuál)** | | | | |
|  | | | | |
| **SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES ESTATAL**  *\*Todos los alumnos tienen acceso a este seguro (para mayor información revisa este link* <https://us16.campaign-archive.com/?u=b29e954ab3aaaaf6beb56b494&id=210ce5f7fa>)***.*** | | |  | |
| **Servicio de Salud Público:** | **Hospital Clínico de Niños. Dr. Roberto el Río**  Tipo: Establecimiento Mayor Complejidad para menores hasta 14 años.  Dirección: Avda. Profesor Zañartu 1085, Independencia, Chile  Horario de Atención: lunes a jueves 8:00 a 17:00. -viernes 8:00 a 16:00 Horas | | | |
| **Hospital San José**  Tipo: Establecimiento Mayor Complejidad para personas desde 15 años en adelante  Dirección: San José 1196, Independencia, Chile  Horario de Atención: lunes a jueves 8:00 a 17:00 Horas. -viernes 8:00 a 16:00 Horas | | | |
| **EN CASO REQUERIR QUE EL ALUMNO O ALUMNA SEA TRASLADADO POR UN SERVICIO DE RESCATE DE URGENCIA, SEÑALE LOS ANTECEDENTES (RECORDAR QUE SOLO SERÁ LLAMADA LA AMBULANCIA POR EL COLEGIO EN CASO DE RIESGO VITAL, PERDIDA DE CONCIENCIA POR TRAUMA O FRACTURAS GRAVES):** | | | | |
| **\*ESPECIFICAR SI SE LLAMA A LA AMBULANCIA EN OTROS CASO NO MENCIONADOS COMO RIESGO VITAL, ASUMIENDO EL COSTO DE ACUERDO AL SEGURO CONTRATADO (FRACTURAS LEVES, CORTES, QUEMADURAS, ETC)**  **SI NO** | | | | |

*Declaro haber completado toda la información señalada anteriormente y comprendido la importancia de entregar esta información al Colegio para la adecuada atención de mi alumno en caso de emergencia.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Apoderado Firma RUT

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONTROL INTERNO COLEGIO | | | | | |
| REGISTRO DE ANTECEDENTES EN SISTEMA | **□** | | **FECHA: / /2022** | **RESPONSABLE:** |  |
| ARCHIVO EN SALA DE PRIMEROS AUXILIOS | **□** | | **FECHA: / /2022** | **RESPONSABLE:** |  |
| OBSERVACIONES INFORMACION INCOMPLETA | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA O DEPORTE | | | |
| Mi hijo (a) tiene las condiciones físicas y de salud en condiciones para realizar educación física o deporte. En caso de no autorizar, adjuntar Certificado Médico correspondiente. (Recomendamos realizar un control para descartar posibles problemas de salud). | | | |
| SI | | NO | |
|  |  | |  |
| Nombre Apoderado | Rut | | Firma |
| Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_.- | | | |