

**FICHA DE SALUD COLEGIO SAN AGUSTIN 2024**

- Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Curso 2024: \_\_\_\_\_
- Rut del alumno (a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Comuna: \_\_\_\_\_

**A quien llamar en caso de emergencia, accidente o enfermedad del estudiante, indique nombre y parentesco en orden de prioridad (anotar por lo menos dos contactos).**

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Teléfono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

**ANTECEDENTES DE SALUD**

**Plan nacional de vacunación completo:** (marque con una X, si le falta alguna vacuna mencionar)  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Vacuna COVID-19** (última dosis de vacuna administrada):

Fecha de administración: \_\_\_\_\_

**Otras vacunas administradas:**

Nombre	Edad	Fecha
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

**ALERGIAS:** Marque con una X, si su hijo(a) tiene alguna alergia, especifique a que es alérgico (**debe ser diagnosticado por médico y con certificado que lo acredite**).

- Medicamentos (si) (no) cuáles: \_\_\_\_\_
- Alimentos (si) (no) cuáles: \_\_\_\_\_
- Respiratorio (si) (no) cuáles: \_\_\_\_\_
- Otras alergias (si) (no) cuáles: \_\_\_\_\_

**PATOLOGIAS:** Marque con una X si su hijo(a) tiene alguna enfermedad específica.

Diabetes (si) (no) utiliza medicamento y/o insulina cuál:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hipertensión (si) (no) utiliza medicamento, cuál:

---

Epilepsia (si) (no) utiliza medicamento, cuál:

---

Asma (si) (no) utiliza medicamento, cuál:

---

Salud mental: (si) (no) **si marca opción si, especifique cuál y medicamento**

---

Otras patologías:

---

**CIRUGÍAS:**

Fecha:

Tipo de cirugía:

---

---

**SEGURO ESCOLAR:**

**Seguro Escolar Privado en:**

---

Si el estudiante no cuenta con seguro privado y sus padres no han sido ubicados, será trasladado por el colegio **sólo en caso de urgencia con riesgo vital a:**

- **Hospital Dr. Luís Calvo Mackenna, si en menor de 15 años.**
- **Hospital del Salvador o servicio de urgencia de Ñuñoa, si es mayor de 15 años.**

**NOTA IMPORTANTE**

1. Se deja constancia a los apoderados, que en la Enfermería del colegio **NO se administran medicamentos de ninguna clase** (comprimidos, jarabes, inhaladores, etc.) según el Código Sanitario Libro sexto art. 124, 125, 129. Sólo se prestan los primeros auxilios y son derivados respectivamente.

2. Si algún estudiante debe tomar algún medicamento durante la jornada de clases, podrá ser administrado por enfermería, **sólo si posee receta médica**, la cual quedará una copia actualizada en la enfermería.

\_\_\_\_\_  
**Firma apoderado**

Nombre del Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma