

FICHA DE SALUD COLEGIO SAN AGUSTIN 2024

1. Nombre del alumno(a): _____
2. Fecha de nacimiento: _____ Curso 2024: _____
3. Rut del alumno (a): _____ Edad: _____
4. Dirección: _____
5. 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