

## INFORMACIÓN DE SALUD (marzo 2024)

1.a. DATOS DEL ALUMNO: ..... Fecha:.....

Nombres y apellido:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

b. INFORMANTE:

Madre

Padre

Otros

### 2.a. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO  ..... SI  ..... Cual?.....

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? NO  SI

¿Por qué? .....

### b. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:.....

La alergia se debe a:..... No sabe

¿Recibe tratamiento permanente? SI  NO

### 3. TRATAMIENTOS

¿Recibe tratamiento médico? SI  NO  Especifique:.....

¿Quirúrgicos? SI  NO  Edad: ..... Tipo de cirugía:.....

¿Presenta alguna limitación física? SI  NO  Aclaración: .....

Otros problemas de salud:.....

¿Puede realizar actividades físicas de acuerdo a su edad y sexo? SI  NO  Aclaración: .....

**SI EL NIÑO/A TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD:**

<b>Recurrir a Institución:</b>	
Dirección:	Teléfono:
<b>Avisar al médico</b> Nombre y apellido:	
Dirección:	Teléfono:

**ACTUALIZACIONES:**

Fecha:	Anual:	NO	SI	¿Hay cambios?	NO	SI
Describa los cambios de salud de este/a niño/a: .....						
Fecha:	Anual:	NO	SI	¿Hay cambios?	NO	SI
Describa los cambios de salud de este/a niño/a: .....						
Fecha:	Anual:	NO	SI	¿Hay cambios?	NO	SI
Describa los cambios de salud de este/a niño/a: .....						

Médico interviniente:	
Nombre y apellido:	Firma:

- Presentar junto a esta ficha:**
- CERTIFICADO BUCODENTAL
  - REVISACIÓN OFTALMOLÓGICA
  - AUDIOMETRÍA
- (Sólo alumnos de 1º grado y 4º grado)**