

INFORMACIÓN DE SALUD (a presentar en 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?

NOSIcual?.....

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:

Recurrir a Institución:	
Dirección:	Teléfono:
Avisar al médico 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)**