

## INFORMACIÓN DE SALUD (a presentar en marzo 2026)

**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 .....cuál?.....

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 intervidente: Nombre y apellido:	Firma:
--	--------

**Presentar junto a esta ficha:**

- CERTIFICADO BUCODENTAL
- REVISACIÓN OFTALMOLÓGICA
- AUDIOMETRÍA

(Sólo alumnos de 1º grado y 4º grado)