

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 ☐.....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:

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 1° grado y 4° grado)