



NOMBRE DEL ESTUDIANTE			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Curso:		Seguro de salud escolar: Si: No: (Marque la opción con una X) Si la respuesta es SI, indique el lugar donde contrató el seguro:	
Información de la madre:		Información del padre:	
Nombre:		Nombre:	
Fono casa:		Fono casa:	
Celular/oficina:		Celular/oficina:	
En caso de urgencia, si fuera imposible ubicar a los padres, llamar a:			
Nombre:		Nombre:	
Fono casa:		Fono casa:	
Celular/oficina:		Celular/oficina:	
Antecedentes de Salud		SI	NO
Alergia a medicamento u otro			
Enfermedad respiratoria			
Asma			
Diabetes			
Epilepsia			
Intervenciones quirúrgicas			
Alteraciones sensoriales			
Otras enfermedades			
RECONOCIMIENTO DE RIESGO CARDIOVASCULAR			
Tiene alguna enfermedad al corazón (diagnóstico médico): Responda SI o NO			
Hipertensión arterial:		Arritmia:	
Obesidad:			
Colesterol alto:		Soplo:	
Fuma:			
		SI	NO
¿Ha presentado mareos, desmayos o pérdida de conciencia durante o después de ejercicios?			
¿Ha presentado dolor de pecho, palpitaciones o dificultad respiratoria con el ejercicio?			
¿Ha fallecido algún familiar de muerte súbita?			
		SI	NO
Medicamentos en uso			
Vacunas al día			
Si toma medicamentos indicar cuales:			
Estimado apoderado: Informamos a usted que si el alumno/a presenta alguna patología (enfermedad) y requiera la administración de medicamentos durante la jornada escolar, rogamos a usted enviar receta médica con las indicaciones directamente a enfermería.			
Observaciones generales y/o asociadas a COVID-19:			

Nota: Si hay alguna información que considere confidencial puede entregarla personalmente en entrevista con la enfermera. Se solicita avisar oportunamente cualquier cambio o modificación de datos entregados para asegurar al alumno/a la mejor atención.