****Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**FICHA MÉDICA Y ANTENCEDENTES DE SALUD**

**COLEGIO DE LOS SAGRADOS CORAZONES DEL ARZOBISPADO DE SANTIAGO**

Esta información es **confidencial e intransferible** y estará disponible en la **Sala de Primeros Auxilios** para consulta del equipo en caso de alguna situación de salud del/la estudiante y sólo podrá acceder a ella el/la profesor/a jefe para gestionar un mejor proceso de seguimiento y acompañamiento.

Le pedimos, por favor, completar los siguientes datos:

1. **INFORMACIÓN GENERAL:**

Nombre del/la estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTACTOS DE EMERGENCIA:** En caso de emergencia del/la estudiante, indique en orden de prioridad.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | PARENTESCO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES DE SALUD**
	1. **GRUPO SANGUÍNEO:** Marque con una X

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A+ | A- | B+ | B- | AB+ | AB- | O+ | O- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Observaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **PLAN NACIONAL DE INMUNICACIONES:** Marque con una X si el/la estudiante completó o no sus vacunas del Ministerio de Salud.

SI \_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

**En caso de marcar NO mencione qué vacuna o dosis le falta:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otras vacunas adicionales con las que ha sido inmunizado/a el/la estudiante:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA VACUNA | EDAD DE INMUNIZACIÓN | FECHA DE INMUNIZACIÓN |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **ALERGIAS / INTOLERANCIAS:** Marque con una X, si su hijo/a tiene alguna/s alergia/intolerancia, especifique **(debe ser diagnosticado por médico con certificado que lo acredite).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ALERGIA** | SI | NO | ¿CUÁL? |
| Medicamentos |  |  |  |
| Alimentos  |  |  |  |
| Respiratorio  |  |  |  |
| Otros  |  |  |  |
| **INTOLERANCIA** | SI | NO | CARACTERÍSTICAS |
| Lactosa |  |  |  |
| Gluten |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

Observaciones: Si lo amerita, agregue algún comentario con respecto a lo anterior.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **PATOLOGÍAS:** Marque con una X si su hijo/a tiene alguna enfermedad específica.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMERDAD** | **SI** | **NO** | **MEDICAMENTO** |
| Diabetes |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |
| Asma |  |  |  |
| Salud mental |  |  |  |
| Cardiopatía  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |

Observaciones: Indique tipo de patología (mental, cardíaca u otro tipo de enfermedad).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **DEPORTE Y/O ACTIVIDAD FÍSICA:** En caso de que el/la estudiante, por algún motivo de salud, no pueda realizar deporte y/o cualquier tipo de actividad física, debe adjuntar un certificado médico que lo especifique, indique a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE ACTIVIDAD** | **MOTIVO DE SALUD** | **OBSERVACIONES**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **HOSPITALIZACIONES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN** | **FECHA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Observaciones: Agregue algún dato importante sobre la hospitalización.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Si el estudiante se encuentra en algún tratamiento que implique la administración de medicamento/s durante la jornada escolar, debe adjuntar el certificado médico con los datos del o la estudiante (nombre completo y RUT), nombre del medicamento, dosis, horario y vía de administración.

A continuación, especifique:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | DOSIS | HORARIO | VÍA DE ADMINISTRACIÓN (ORAL, INTRAMUSCULAR, TÓPICA, ETC.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

El medicamento debe venir en su caja original, no vencido, ni suelto.

Si alguna de las indicaciones anteriores no se cumple, no se administrará el fármaco.

* 1. **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO U OTRO:**

Actualmente, el/a estudiante, ¿está siendo tratado/a por algún especialista externo (psicopedagogía, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, fonoaudiología, profesor/a particular, otros)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TIPO DE TRATAMIENTO | FECHA DE INICIO Y TÉRMINO | OBSERVACIONES |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 1. **USO DE PROTESIS O DISPOSITIVOS:**

Marque con una X si el/la estudiante usa alguno de estos aparatos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LENTES ÓPTICOS | AUDÍFONOS | PRÓTESIS | OTROS |
|  |  |  |  |

Observaciones: Especifique que otro tipo de aparato usa:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SEGURO ESCOLAR Y SISTEMA DE SALUD:**

Sistema de salud FONASA o ISAPRE (en caso de ISAPRE indique cuál):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro escolar (indique nombre de la institución):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si el alumno no cuenta con seguro privado y sus padres y/o apoderados no han sido ubicados, ***sólo en caso de urgencia con riesgo vital*** será trasladado por el colegio a:

* ***Hospital San Borja, si es menor de 17 años.***
* ***Hospital de Urgencia de Asistencia Pública, si es mayor de 17 años.***

Fuente: Departamento de Salud, I. Municipalidad de Santiago.

1. **INFORMACIÓN FAMILIAR SOBRE EL COVID-19**

A continuación, por favor responda las siguientes preguntas respecto al COVID-19.

* 1. ¿En su grupo familiar se ha diagnosticado algún integrante con Covid-19 positivo?

SI \_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

En caso de responder que sí, por favor indique cuántas personas fueron diagnosticadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Fecha de diagnóstico: Indique fecha de diagnóstico del o los casos positivos:

|  |  |
| --- | --- |
| Persona diagnosticada con COVID-19 | Fecha de diagnóstico |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Dentro de las últimas dos semanas, ¿alguien de la familia ha tenido contacto con alguna persona que actualmente tenga diagnóstico de Covid-19 positivo?

SI \_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

* 1. ¿Considera que su hijo/a puede cumplir las medidas preventivas obligatorias (uso correcto de mascarilla, lavado de manos frecuente, distanciamiento físico)?

SI \_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

* 1. ¿Algún integrante de la familia ha sido vacunado contra el COVID-19?

SI \_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_

En caso de responder que sí, por favor indique las personas vacunadas:

|  |  |
| --- | --- |
| Persona vacunada | Fecha de vacunación |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**4.6 Otros aspectos importantes a considerar:**

* 1. *Se deja constancia a los apoderados que en la Sala de Primeros Auxilios del colegio* ***no se administran medicamentos de ninguna clase******sin respaldo médico*** *(comprimidos, jarabes, inhaladores, etc.), conforme a lo que indica el Código Sanitario, Libro 6to, art. 124, 125, 129, solo se prestan los primeros auxilios y se realizan las derivaciones necesarias.*

*Si un(a) estudiante debe tomar algún medicamento durante la jornada de clases, podrá ser administrado por las encargadas de la Sala de Primeros Auxilios,* ***sólo si posee receta médica con sus respectivos datos****, de cuyo documento se guardará una copia actualizada.*

* 1. *Quedará una copia de esta ficha en el archivador de la Sala de Primeros Auxilios de manera física y otra copia electrónica en sistema SYSCOL y en el computador.*
	2. *Los establecimientos educacionales, por Norma Sanitaria, no están autorizados a automedicar a los alumnos (Artículo 113, Código Sanitario). El establecimiento gestionó la posibilidad de administrar vacunas de campaña y calendarizadas por el MINSAL en etapa escolar, pero si el apoderado no quiere que su hijo(a) sea inoculado(a), deberá presentar un justificativo médico. No servirá como justificativo la comunicación escrita u oral, ya que las vacunas de campaña son un derecho que no requiere autorización.*
	3. **Consentimiento informado**

Declaro haber entregado información fidedigna, acepto su uso para fines preventivos de salud (bajo confidencialidad) y **no enviaré a mi pupilo/a al establecimiento en caso de presentar síntomas de COVID-19** y/o si presenta condiciones de salud que pongan en riesgo a la comunidad educativa.

ACEPTO \_\_\_\_\_

NO ACEPTO \_\_\_\_\_

Nombre del Apoderado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del apoderado Firma de recepción de Sala de Primeros Auxilios

**

***Equipo de Primeros Auxilios***

***Colegio SSCC del Arzobispado de Santiago***