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:** Por favor, indique en orden de prioridad.

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

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

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

Observaciones:

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENFERMERDAD** | **SI** | **NO** | **MEDICAMENTO** |
| Diabetes |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  |

Use este espacio para indicar si presenta otro tipo de patología o enfermedad:

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

* 1. **HOSPITALIZACIONES:**

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

Observaciones: Agregue algún dato importante sobre la hospitalización.

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

* 1. **ALERGIAS / INTOLERANCIAS:** Marque con una X, si su hijo/a tiene alguna/s alergia/intolerancia diagnosticada por un médico.

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

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

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

 **3.5 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 qué otro tipo de aparato usa:

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

* 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. **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Los establecimientos educacionales, por norma sanitaria, no están autorizados a automedicar a los/as alumnos/as (Artículo 113, Código Sanitario**)*, s*i el estudiante se encuentra en algún tratamiento que implique la administración de medicamento/s durante la jornada escolar, debe adjuntar el certificado médico** con sus datos (nombre completo y RUT), nombre del medicamento, dosis, horario y vía de administración, de cuyo documento se guardará una copia actualizada.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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. **PLAN NACIONAL DE INMUNICACIONES:**

Por favor, 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:**

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

Nuestro establecimiento, a través del CESFAM al que pertenecemos por ubicación, administra las vacunas incluidas en las campañas anuales de inmunización y aquellas calendarizadas por el MINSAL en etapa escolar, **si el/la apoderado/a no quiere que su hijo/a sea inoculado/a, deberá presentar un justificativo médico**.

En caso que el/la estudiante haya recibido vacunas adicionales a las del plan anual, por favor indíquelas aquí:

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

1. **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** condiciones de salud que pongan en riesgo a la comunidad educativa.

ACEPTO \_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del/la apoderado/a |  |
| RUT |  |
|  |  |
| Firma de/la apoderado/a | Recepción Sala de Primeros Auxilios |

**Equipo de Primeros Auxilios**

**Colegio SSCC del Arzobispado de Santiago**