



FICHA DE SALUD ENFERMERÍA

ANTECEDENTES PERSONALES

Curso _____

Nombre alumno :		Rut :	
Fecha de Nacimiento :	Edad:	Curso:	Año:
Dirección:			
Previsión: (nombre)		E-mail apoderado:	
Hermanos en otro curso:			
Nombre:		Curso:	
Nombre:		Curso:	
Seguro médico(Cuál):			

ANTECEDENTES DE SALUD :

Peso:	Estatura:	Hepatitis: Sí _____ NO _____	Escarlatina Sí _____ NO _____
Sarampión: Sí _____ NO _____	Lentes: Sí _____ NO _____	Varicela: Sí _____ NO _____	Cefaleas o Migrañas: Sí _____ NO _____
Enf. Respiratorias (asma, rinitis, etc.)	¿Cuál?	Tratamientos:	
Enf. Cardiovasculares (hipertensión, arritmias, etc.)	¿Cuál?	Tratamientos:	
Enf. Neurológicas	¿Cuál?	Tratamientos:	
Enf. Sistema Digestivo	¿Cuál?	Tratamientos:	
Enf. Renales	¿Cuál?	Tratamientos:	
Enf. Endocrinas (tiroides, resist. Insulina, diabetes etc.)	¿Cuál?	Tratamientos:	
Enf. Osteoarticulares (fracturas, tendinitis, etc.)	¿Cuál?	Tratamientos:	
Trastorno Alimenticio	¿Cuál?	Tratamientos:	
Cáncer (especificar)	¿Cuál?	Tratamientos:	
Otros datos médicos	¿Cuál?	Tratamientos:	
Tratamientos médicos actuales		Indicar:	
Discapacidad (visual, auditiva, etc...)		Indicar:	
Necesidad Educativa		Indicar:	
Medicamentos de uso prolongado		Indicar:	
Intervenciones Quirúrgicas		Indicar:	
Alérgico a algún medicamento		Indicar:	
Algún tipo de alergia		Indicar:	
Medicamento que use en caso de lesión o dolor (autorizados por médico)		Indicar:	

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Nombre mamá:		
Lugar de trabajo:	Fono:	Celular:

Nombre papá:		
Lugar de trabajo:	Fono:	Celular:

EMERGENCIA AVISAR A:		
Parentesco:	Fono:	Celular:
Otro familiar:	Fono:	Celular:

EMERGENCIA MÉDICA TRASLADAR A:	
Clínica:	Hospital:

NOMBRE APODERADO : _____ FIRMA _____

CONCEPCION, _____ DE _____ DE 202 _____