FICHA DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES PERSONALES: N° LISTA\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Nombre alumno : Rut : |
| Fecha de Nacimiento : Edad: Curso: Año: |
| Dirección : |
| Previsión : E-mail apoderado : |
| Hermanos en otro curso: |
| Nombre: Curso: |
| Nombre : Curso: |
| Nombre : Curso |

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO (a):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Peso: | Talla: | Hepatitis: Hipertensión art. : |
| Sarampión: Varicela: | | |
| Diabetes M. Escarlatina: | | |
| Alérgico (a) estacionales: | | |
| Alergias alimentarias: | | |
| Alergias a medicamentos : | | |
| Sufre de cólicos: | | |
| Su hijo (a) es celiaco: | | |
| Sufre de Migraña, Cefalea o Jaqueca: | | |
| Tratamientos médicos permanentes : | | |
| Grupo de sangre: | | |
| Plan de vacuna completo: SI - NO OBSERVACIONES: | | |

|  |
| --- |
| ANTECEDENTES FAMILIARES: |
| Nombre mamá: Fono: Celular: |
| Nombre papá: Fono: Celular: |
| EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: |
| Parentesco: Fono: Celular: |
| Otro familiar: Fono: Celular: Parentesco: |
| Otro familiar: Fono Celular  Parentesco: |
| EMERGENCIA MEDICA REFERIR A:   Clínica : Otro: |

EN CASO DE SER NECESARIO AUTORIZO PARACETAMOL: SI - NO  
  
  
 ……………………………………………………….. …………………………………… …………………………………… NOMBRE RUT FIRMA