UNIVERSIDAD DE CHILE

**LICEO EXPERIMENTAL MANUEL DE SALAS**

# FICHA DE SALUD 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombres** | |  | |
| **Apellidos** | |  | |
| **RUT** | |  | |
| **Curso** | |  | |
| **Dirección** | |  | |
| **Fecha Nacimiento** | |  | |
| **Peso:** | **Talla:** | | **Grupo Sanguíneo:** |

**Describa al menos 2 responsables legales del estudiante, señalando: parentesco, números telefónicos, correos y si estos pueden retirar al estudiante del establecimiento en caso de emergencias. Puede agregar a otros cuidadores o tutores.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
| **Parentesco** | **Nombre y Apellido** | **Fono personal, domicilio y trabajo** | **Correo** | **¿Puede retirar del establecimiento? (SI-NO)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Antecedentes de Salud:**

Favor le solicitamos que conteste con la máxima honestidad posible, sus datos estarán resguardados y sólo serán utilizados en situaciones de urgencias o emergencias.

***Marque con una x si en su familia existen estos u otros antecedentes de salud:***

Asma\_\_\_\_\_\_\_ Epilepsia\_\_\_\_\_\_\_ Enfermedad Cardiaca \_\_\_\_\_\_\_\_ Enfermedad Pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hipertensión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Marque con una x si su hijo(a) presenta alguna u otro antecedente de salud:***

* **Alergias:** Alimenticia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Medicamentos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Respiratorias\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Patologías crónicas:**

Asma\_\_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_\_Convulsiones Febriles \_\_\_\_\_\_\_ Hipertensión: \_\_\_\_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Antecedentes quirúrgicos:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Trastornos de aprendizaje:** ¿Cuáles? (TDA, dislexia, hiperactividad...) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Dificultades psicológicas**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otras:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**-**Sí su hijo/a se encuentra con algún tratamiento médico, describa: horarios, dosis y vía de administración. (Sí su hijo/a requiere de este medicamento durante la jornada escolar o en caso de crisis, debe marcar que **“sí” autoriza su administración en Enfermería, además enviar los medicamentos en su envase original y adjuntar orden médica**, “si no presenta orden medica **no** se podrá administrar medicamento”.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Dosis** | **Vía de administración** | **Horarios** | **Administración en el colegio (sí-no)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Su Hijo(a) utiliza alguno de estos implementos? (Incorporé en estos el periodo que los ha utilizado en años o meses)**

**( )** Frenillos **( )** anteojoóptico **( )** prótesis  **( )** corset

**( )** Andador  **( )** muletas **( )** silladeruedas **( )** lentes de contacto

Otros**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La previsión de Salud en la cual se encuentra el estudiante es:**

Isapre ( ) ¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonasa ( )

Particular ( **)**

**El estudiante cuenta con algún Seguro Escolar privado:**

Indisa ( )

Santa María ( )

Alemana ( )

Las Condes ( )

Otro (incluyendo los sistemas de rescate privado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Si usted no posee seguro escolar privado, el/la estudiante una vez matriculado/a en el Liceo, cuenta con el seguro escolar estatal de accidentes en:

* Hospital Calvo Mackenna, menores hasta 14 años con 11 meses y 29 días.
* Hospital Salvador, mayores de 15 años. (Incluye trauma ocular para toda edad)

Para accidentes dentales en:

* Hospital Roberto del río para menores hasta 14 años con 11 meses y 29 días.
* Hospital Sótero del Río desde los 15 años.

Este seguro cubre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del estudiante, sólo en los lugares descritos.

**En caso de urgencia o emergencia que requieran un traslado inmediato al centro asistencial, se llamará de forma oportuna a una ambulancia, si el estudiante posee seguro escolar privado se solicitará una ambulancia de su centro asistencial correspondiente, si posee seguro escolar estatal se solicitará una ambulancia al SAMU cuyo destino será determinado con el seguro.**

**Si el estudiante sufre alguna dolencia o lesión que requiere de una evolución médica inmediata pero que no cumple criterios de urgencia o emergencia, este debe ser trasladado por el o la apoderado/a en vehículo particular o en su defecto por alguna integrante del equipo de enfermería en un móvil institucional hasta la llegada del o la apoderado/a al centro asistencial correspondiente, siempre y cuando el traslado no impliqué riesgo para el o la estudiante.**

**Recuerde:**

* La ficha de salud escolar es válida durante el año escolar en curso.
* La ficha de salud escolar es confidencial.
* En el caso de que el estudiante necesite un tratamiento en el liceo, se deberá **adjuntar una orden médica con la indicación prescrita más el medicamento**.
* Los tratamientos no convencionales (medicina antroposófica, flores de bach, homeopatía, etc) serán administrados sólo si el apoderado llena el formulario exclusivo para estos casos solicitado previamente a enfermería, este debe venir en el envase ORIGINAL junto con la orden del médico o terapeuta.
* Si durante el año escolar hay cambios importantes en la salud del estudiante se sugiere dar aviso a la brevedad a la unidad de enfermería con certificados médicos correspondientes.
* Se sugiere leer el protocolo de accidente escolar de nuestro establecimiento, disponible en página web del liceo.

**Frente a consultas y dudas escribamos al correo enfermeria@lms.cl**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre, Rut y Firma del Apoderado**

**o representante legal.**