

## FICHA DE SALUD 2026

Apellidos		
Nombre legal		
Nombre social		
RUT		
Curso		
Dirección		
Fecha Nacimiento		
Peso:	Estatura:	Grupo Sanguíneo (opcional):

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 la siguiente información que será utilizada en situaciones de urgencias o emergencias.

**Indique algún antecedente de salud importante de familiar directo del estudiante (madre, padre, hermanos):** \_\_\_\_\_

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

- **Alergias:**  
Alimenticia \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_  
Respiratorias \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- **Patologías crónicas:**  
Asma \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_ Convulsiones febriles \_\_\_\_\_ Hipertensión: \_\_\_\_\_  
Diabetes: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_
- **Antecedentes quirúrgicos:** \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_
- **Presenta una condición neurodivergente:** ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- **Presenta alguna patología psicológica y/o psiquiátrica** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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 **SOS**, 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)

**Utiliza alguna ortesis que se mencionan a continuación:**

- Frenillos ( ) - Prótesis dentales ( ) - Lentes de contacto ( )
- Lentes ópticos ( ) - Muletas ( ) - Silla de ruedas ( ) -Otros: \_\_\_\_\_

**Presenta calendario de vacunación nacional al día:** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**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 ( )  
UC Christus ( )  
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/la 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 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 implique riesgo para el o la estudiante.**

**Recuerde:**

- La ficha de salud escolar es válida durante el año escolar en curso, **debe actualizarla todos los años.**
- 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 en envase original.**
- **Las recetas médicas de uso permanente tienen vigencia solo el año en curso, debe actualizarlas.**
- Si durante el año escolar hay cambios importantes en la salud del estudiante se ruega **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.

\_\_\_\_\_  
**Nombre, Rut y Firma de apoderado/a**