



FICHA DE SALUD 2019

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

Describe 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 Cardíaca _____ 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: _____

Antecedentes dentales:

¿Su hijo ha presentado caries? Si () No () Han sido tratadas: Si () No () ¿cuándo? _____
¿Ha presentado sangramiento e inflamación de las encías? Si () No ()
¿Ha presenta alteraciones dentomaxilofaciales? Si () No () ¿cuál? _____
¿Qué otro tratamiento ha recibido? () Sellantes () Limpieza () Fluoración Otros _____
Fecha de último control _____
¿Le gustaría que su pupilo reciba el tratamiento dental impartido por el liceo? Sí ___ No ___

-Si su hijo(a) se encuentra con algún tratamiento médico, describa: horarios, dosis y vía de administración. (Si su pupilo requiere de este medicamento durante la jornada escolar o en caso de crisis, debe marcar que "sí" autoriza su administración en Enfermería, enviar los medicamentos en su envase original y adjuntar orden médica)

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

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

() Frenillos () antejo óptico () prótesis () Corset
() Andador () muletas () silla de ruedas 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, su pupilo una vez matriculado 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 de los estudiantes que no tengan contratado algún seguro escolar con clínicas privadas y que requieran un traslado INMEDIATO (categorización C1 y C2), este acto se realizará con el móvil del convenio vigente con el establecimiento y cuyo destino será los centros descritos por el seguro estatal. La cobertura del traslado es reembolsada por el representante legal.

En caso de que el estudiante presente una urgencia que requiera un traslado en vehículo particular (la cual cumple con una categorización de Enfermería C3 y C4), este será movilizado por el apoderado, o en su defecto, por un profesor encargado de convivencia escolar designado por los jefes de ciclo y en móvil del establecimiento.

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**. Las enfermedades que se destacan son: Asma, Diabetes, Epilepsia, Trastorno de Déficit Atencional, Alergias, cefaleas persistentes, dismenorreas recurrentes, etc.
- Los tratamientos no convencionales (medicina antroposófica, flores de bach, homeopatía, etc) serán administrados sólo si el apoderado llena el formulario exclusivo para estos casos disponible en Enfermería y si estos vienen en el envase ORIGINAL, junto con la orden médica o del terapeuta.
- La declaración de una enfermedad transmisible (varicela, influenza, VRS, impétigo, sarampión, escarlatina, rotavirus, etc) es OBLIGATORIA y CONFIDENCIAL. En estos se resguardarán los protocolos vigentes frente a estas situaciones y el estudiante podrá retornar a clases sólo si presenta un certificado que acredite dicho acto.

Frente a consultas y dudas diríjase a la Enfermería del establecimiento.

**Nombre, Rut y Firma del Apoderado/a
o representante legal.**