



Colegio Mozart  
Educar con calidad y calidez  
**FICHA DE SALUD 2024**

**I. ANTECEDENTES DEL ALUMNO(A)**

Nombre Estudiante: \_\_\_\_\_

Curso (2024): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo y Factor RH: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_\_ Mts

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

**\*En caso de Urgencia llamar a:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de estar bajo tratamiento médico, especifique el tratamiento y el nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ALUMNO(A)**

Mencione aquellas enfermedades crónicas o agudas importantes que ha padecido el alumno.  
Conteste si o no según corresponda. Si las respuestas son afirmativas especificar el tipo de enfermedad.

SI / NO TIPO

|                          |       |       |
|--------------------------|-------|-------|
| Asma                     | _____ | _____ |
| Diabetes Mellitus        | _____ | _____ |
| Epilepsia                | _____ | _____ |
| Hipertensión Arterial    | _____ | _____ |
| Enfermedad Cardíaca      | _____ | _____ |
| Trastornos Emocionales   | _____ | _____ |
| Trastornos de la Columna | _____ | _____ |
| Otro                     | _____ | _____ |

**¿Alguna vez ha sufrido de?**

|                    |       |                       |       |
|--------------------|-------|-----------------------|-------|
| Fracturas          | _____ | Convulsiones Febriles | _____ |
| Esguinces          | _____ | Caries                | _____ |
| Luxaciones         | _____ | Jaquecas              | _____ |
| Sangramiento Nasal | _____ | Colon Irritable       | _____ |
| Dolor Menstrual    | _____ | Crisis de Asma        | _____ |

**¿Su pupilo usa?**

|                    |       |                     |       |
|--------------------|-------|---------------------|-------|
| Lentes de Contacto | _____ | Anteojos            | _____ |
| Audífonos          | _____ | Plantillas          | _____ |
| Frenillos          | _____ | Otros (especifique) | _____ |

**¿Ha realizado un chequeo médico de su pupilo en los últimos dos años? SI \_\_\_\_\_ / NO \_\_\_\_\_**

III. ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

|                        | SI / NO | TIPO  |
|------------------------|---------|-------|
| Hipertensión Arterial  | _____   | _____ |
| Diabetes Mellitus      | _____   | _____ |
| Epilepsia              | _____   | _____ |
| Asma                   | _____   | _____ |
| Enfermedad Cardíaca    | _____   | _____ |
| Cáncer                 | _____   | _____ |
| Trastornos Emocionales | _____   | _____ |
| Otras                  | _____   | _____ |

IV. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (CIRUGÍAS) DEL ALUMNO, ESPECIFIQUE EL AÑO EN QUE SE REALIZÓ.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V. MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Para qué lo usa |
|-------------|-------|------------|-----------------|
| _____       | _____ | _____      | _____           |
| _____       | _____ | _____      | _____           |
| _____       | _____ | _____      | _____           |

VI. ALERGIAS

|                | SI / NO | TIPO  |
|----------------|---------|-------|
| A medicamentos | _____   | _____ |
| Ambientales    | _____   | _____ |
| Alimentos      | _____   | _____ |

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

Si Usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno que no ha sido mencionado anteriormente, por favor explíquelo a continuación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Cuando la gravedad de un accidente lo requiera, el colegio utilizará los servicios del Hospital Regional, cuyos costos cubre el Seguro Escolar.

\*Si su hijo/a Requiere algún tratamiento específico por alguna patología durante el horario escolar, acérquese a la Inspectora para entregar el medicamento con la indicación médica correspondiente.

\*Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación de este formulario.

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad.

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado Suplente

Fecha:\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_