



INFORMACIÓN DE SALUD
NIVEL PRIMARIO

1. DATOS DEL ALUMNO: FECHA:

APELLIDO:..... **NOMBRES:**.....

DIRECCIÓN:..... **TELÉFONO:**

CELULAR:

INFORMANTE: MADRE: PADRE: TUTOR:

2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
NO **SÍ** ¿Cuál?.....

¿Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?
NO **SÍ** ¿Por qué motivo?.....

¿Es alérgico/a?
NO **No sabe** **SÍ** ¿A qué?.....

Describe manifestaciones y tratamiento a seguir:

3. TRATAMIENTOS:

- ¿Recibe tratamiento médico? **NO** **SI** ¿Cuál?.....
- ¿Quirúrgico? **NO** **SI** Edad: Tipo de Cirugía:
- ¿Presenta alguna limitación física? **NO** **SI** Aclaración:
- ¿Otro problema de salud que deban conocer sus docentes? :

• **VACUNAS:** Calendario completo: **SI** **NO** ¿Constan las fotocopias en el colegio? **SI** **NO**

4. SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD

AVISAR A FAMILIAR:
Nombre y Apellido: Teléfono y/o celular:

RECURRIR A:
Institución: Dirección: Teléfono:.....

AVISAR AL MÉDICO:
Nombre y Apellido: Teléfono y/o celular:

NOTA: En cualquier caso, siempre se contactará en primer lugar al Servicio de Emergencia contratado por la Institución (UDEEC)

ACTUALIZACIONES:
AÑO QUE CURSA: FECHA:
¿HAY CAMBIÓS? **NO** **SI** ¿Cuál?.....

ACTUALIZACIONES:
AÑO QUE CURSA: FECHA:
¿HAY CAMBIÓS? **NO** **SI** ¿Cuál?.....

ACTUALIZACIONES:
AÑO QUE CURSA: FECHA:
¿HAY CAMBIÓS? **NO** **SI** ¿Cuál?.....

Observaciones:.....
.....
.....

FIRMA:..... **ACLARACIÓN:**.....

PARENTEZCO:..... **DNI**.....

