



FICHA DE SALUD ALUMNO 2026

I. NOMBRE DEL ALUMNO

Nombre _____ CURSO _____
EDAD _____ RUN _____ FECHA NAC _____ PESO _____ TALLA _____
DOMICILIO _____ PREVISION DE SALUD _____

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIARES CON LOS QUE VIVE EL ALUMNO _____
NOMBRE DE LA MADRE _____ FONO _____
NOMBRE DEL PADRE _____ FONO _____

III. EN CASO DE URGENCIA AVISAR A

NOMBRE _____
CELULAR Y/O RED FIJA _____

EL APODERADO DEBE COMUNICAR EN UN TIEMPO NO SUPERIOR A 72 HRS. CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN DE CONTACTO del numeral III: "EN CASO DE URGENCIA".

IV. ANTECEDENTES DE SALUD

VACUNAS PNI SI ____ NO ____ COMPLEMENTARIAS SI ____ NO ____ MENCIÓNELAS _____

ALERGIAS Y/O MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS _____

ANTECEDENTES CRÓNICOS/MORBIDOS _____

ANTECEDENTES ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS VISIÓN/ AUDICIÓN _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SI ____ NO ____ MENCIÓNELAS _____

TRAUMATISMOS ENCEFALOCRANEANOS SI ____ NO ____ MENCIÓNELOS _____

TRAUMATISMO MUSCULO-ESQUELÉTICO SI ____ NO ____ MENCIÓNELOS _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS SI ____ NO ____ MENCIÓNELOS _____

CONDICIONES DE SALUD PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS PROPIAS DEL COLEGIO

APTO(A) SI ____ NO ____ LIMITACIONES SI ____ NO ____

MENCIÓNELAS _____

OBSERVACIONES

Nombre y Firma del Apoderado