

Estimado/a Sr/a. Apoderado/a:

La ficha de salud es un documento de gran importancia para el colegio; los datos que Uds. nos proporcionan respecto al estado de salud de sus hijos/as, son fundamentales para optimizar su rendimiento escolar y también, en caso de ser necesario, durante su permanencia en el colegio, puedan recibir la mejor atención posible.

Los datos de salud pueden variar en el tiempo, motivo por el cual la ficha debe ser renovada anualmente y, durante el transcurso del año, cada vez que sea necesario.

Para ello, deberá completar este archivo y posteriormente entregarlo con la información requerida a su profesor jefe a más tardar el viernes 15 de marzo del 2024, quien le hará llegar el documento a la enfermera según ciclo.

En caso de alguna situación de salud particular, que haga necesaria alguna atención especial, por favor comuníquese con la enfermera que corresponda según ciclo, Miss Isidora Coloma para Infant (icoloma@stjohns.cl) y Miss Cecilia Condeza para Junior, Middle & Senior (ccondeza@stjohns.cl) para coordinar una entrevista.

Notas:

- Esta ficha debe ser llenada por el apoderado o tutor.
- En caso de que su hijo requiera algún medicamento durante la jornada escolar, deberá solicitar una entrevista con la enfermera para que autorice la administración del medicamento. Este debe quedar en la enfermería y deberá estar sellado, indicando nombre y curso, junto con su respectiva orden y receta médica que indique posología y vía de administración.

Rector Enfermeras

ALUMNO

Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
---------	-------------------	-------------------

Curso	
-------	--

Fecha de Nacimiento:
Rut:

Nombre Padre:	Teléfono:	Correo:	Ocupación:
Nombre Madre:	Teléfono:	Correo:	Ocupación:

Dirección:

En caso de emergencia comunicarse con (responder en orden):

Nombre	Parentesco/Relación	Teléfono	Correo

Previsión de Salud y Centro Asistencial en Caso de Urgencia:

--

Antecedentes importantes de salud que podrían influir en el buen desarrollo escolar (marque con una X e indique tratamiento si corresponde)

Antecedentes	Tratamiento
Visión	
Audición	
Dificultad en el lenguaje	
Diabetes	
Resistencia a la insulina	
Hipertensión Arterial	
Cardiopatía	
Epilepsia	
Cefalea	
Asma	
Pie plano	

Problemas a la columna	
Trastorno Alimentario	
Enf. Infectocontagiosas	

Alergias a (medicamentos/estacionales) y su tratamiento:

--

Medicamentos de uso habitual:

--

Vacunas al día: Marque con una X

	No:
--	-----

Antecedentes quirúrgicos: (indique fecha)

--

Grupo Sanguíneo:

--

Esquema de Vacunación completo contra Covid: Marque con una X

Si:	No:	Nombre vacuna:
-----	-----	----------------

Otros:

--

_____ Firma Apoderado .