



Ficha de Salud, 2025.

San Pedro de la Paz, Febrero 2025.

Estimado/a Sr/a. Apoderado/a:

La ficha de salud es un documento de gran importancia para el colegio; los datos que ustedes 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 14 de marzo del 2025, quien le hará llegar el documento a la enfermera según ciclo.

Recordar que por reglamento esta prohibido la administración de medicamentos en enfermería, en caso de que su hijo/a requiera que se administre algún medicamento o tratamiento médico enviar correo a enfermera según ciclo para que envíe información y documentos necesarios, Miss Isidora Coloma para Junior, Middle y Senior (icoloma@stjohns.cl) y Miss Bárbara Montecinos para Infant (bmontecinos@stjohns.cl).

En caso de alguna situación de salud particular, que haga necesaria alguna atención especial, por favor comuníquese con la enfermera que corresponda según ciclo para coordinar una entrevista.

Nota:

- Esta ficha debe ser llenada por el apoderado o tutor.

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 .