

FICHA DE SALUD

San Pedro de la Paz, 2026

Estimado/a Sr./Sra. 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, en caso de ser necesario, para que durante su permanencia en el colegio puedan recibir la mejor atención posible.

Considerando que la información de salud puede variar con el tiempo, esta ficha debe ser renovada anualmente y, además, cada vez que sea necesario durante el transcurso del año.

Para ello, deberá completar este archivo adjunto y entregarlo posteriormente con la información requerida al profesor jefe, quien hará llegar el documento a la enfermera correspondiente según el ciclo.

Recordamos que, según reglamento, **está prohibida la administración de medicamentos en la enfermería**. En caso de que su hijo/a requiera la administración de algún medicamento o tratamiento médico durante la jornada escolar, deberá enviar un correo a la enfermera correspondiente según ciclo, quien le indicará la información y documentación necesarias:

- **Junior, Middle y Senior:** Isidora Coloma (icoloma@stjohns.cl)
- **Infant:** Bárbara Montecinos (bmontecinos@stjohns.cl)

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

Nota: Esta ficha debe ser completada por el apoderado o tutor.

I. DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo:

Rut:	Fecha de nacimiento:	Curso:
------	----------------------	--------

Dirección:

II. DATOS APODERADOS:

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

III. CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre:	Parentesco/ relación:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco/ relación:	Teléfono:

IV. SISTEMA DE SALUD

- ☐ FONASA ☐ ISAPRE ☐ Otro: _____
- Centro de salud de preferencia: _____

V. ANTECEDENTES DE SALUD

¿Presenta el estudiante alguna enfermedad crónica o condición de salud relevante? (Asma, diabetes, epilepsia, cardiopatías, trastornos alimentarios, entre otras)

- ☐ No
☐ Sí, especifique: _____
-

VI. ALERGIAS

¿Presenta alergias?

- ☐ No
☐ Sí, indique:
- ☐ Alimentos: _____
 - ☐ Medicamentos: _____
 - ☐ Ambientales u otras: _____

VII. MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS

¿El estudiante utiliza medicamentos de forma permanente?

- ☐ No
☐ Sí, indique nombre, dosis y horario: _____

VIII. VACUNAS

¿Tiene su esquema de vacunación al día según normativa del MINSAL?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Desconozco

IX. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

X. GRUPO SANGUÍNEO: _____

XI. OBSERVACIONES ADICIONALES

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que la información entregada es verídica y me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio en el estado de salud del estudiante.

Nombre del apoderado/a: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

IMPORTANTE

En caso de que su hijo/a necesite medicamentos durante la jornada escolar, se deberá presentar lo siguiente:

- Certificado o receta médica 2026, indicando diagnóstico.
- Autorización firmada por el apoderado/a.
- Medicamentos correspondientes, debidamente rotulados, los cuales deberán ser entregados directamente a la enfermera.
- Correo electrónico dirigido a la enfermera correspondiente, informando el caso.

El establecimiento no administrará medicamentos sin el cumplimiento de todos los requisitos señalados.