COLEGIO ARTURO PRAT
FICHA DE SALUD DEL ESTUDIANTE 2027

En esta ficha se almacenará información relevante relacionada a la salud de su hijo o hija con la finalidad de brindar una mejor atención durante la jornada escolar. Esta ficha es confidencial y válida durante el año escolar (por lo que deberá informar si hay algún cambio importante).

Datos Personales:

Apellidos			
Nombres			
RUT		**Curso** (que cursará en 2027)	
Fecha de Nacimiento		**Edad** (años, meses)	
Dirección			

Contactos de emergencia y retiro de estudiante:

Por favor, proporcione los datos de al menos 2 personas autorizadas para atender llamados de salud o retirar al estudiante en caso de emergencia.

Parentesco	Nombre y Apellido	Fono personal (+569XXXXXXXX)

Antecedentes de Salud:

Por favor le solicitamos que conteste con la máxima honestidad posible, sus datos sólo serán utilizados para su atención por los funcionarios pertinentes.

Peso (kg)		**Talla (mt)**	

Marque con una (X) la respuesta más acorde a su situación actual:

Situación	Sí (excelente)	No (se recomienda realizarlos antes de marzo de 2027)
¿Su hijo(a) cuenta con el esquema de vacunación completo según el Plan Nacional de Inmunizaciones (PNI)?		
¿Están actualizados los controles anuales de salud infantil o juvenil de su hijo(a) realizados por su pediatra u otro especialista (en 2026)?		

¿Su hijo(a) tiene contraindicada alguna vacuna? Motivo de dicha contraindicación

Sí		Motivo:
No		

De acuerdo al diagnóstico médico (con certificado médico que lo avale), seleccione las condiciones que presenta su hijo(a) actualmente:

- ☐ Alergia alimentaria (ejemplo: leche, huevo, maní, pescados, mariscos, trigo, gluten)
- ☐ Alergia ambiental (ejemplo: polen, ácaros de polvo, pelos de animales)
- ☐ Alergia medicamentosa (ejemplo: antibióticos, antiinflamatorios)
- ☐ Alergia picadura de insectos
- ☐ Patologías del sistema respiratorio (ejemplo: asma, SBO)
- ☐ Patología de la visión (ejemplo: astigmatismo, estrabismo, daltonismo, miopía, hipermetropía)
- ☐ Patología de la audición (ejemplo: hipoacusia, sordera, otitis recurrentes)
- ☐ Traumatismo encefalocraneano
- ☐ Patologías dentales (ejemplo: caries, bruxismo, traumatismos dentales)
- ☐ Patología neurológica (ejemplo: epilepsia o convulsiones, migraña)
- ☐ Condiciones del desarrollo neurológico y del aprendizaje (ejemplo: TEA, hiperactividad, TEL, FIL)
- ☐ Condiciones de la salud mental (ejemplo: trastornos del ánimo, depresión, ansiedad)

- ☐ Patología cardíaca (ejemplo: cardiopatía congénita, arritmia, soplo, HTA)
- ☐ Patología metabólica/endocrina (ejemplo: pubertad precoz, resistencia a la insulina, diabetes tipo 2, hipotiroidismo)
- ☐ Traumatismos/patologías músculo esqueléticas (ejemplo: escoliosis, displasia, pie plano)
- ☐ Patología gastrointestinal (ejemplo: gastritis, colon irritable, estreñimiento)
- ☐ Patologías del sistema genitourinario (ejemplo: litiasis, malformaciones renales o urinarias, infecciones recurrentes, alteraciones menstruales)
- ☐ Patologías de la piel (ejemplo: dermatitis, urticarias)
- ☐ Patologías del sistema inmunitario (ejemplo: lupus, enfermedad celíaca, diabetes tipo 1)
- ☐ Condiciones oncológicas (ejemplo: cáncer, tumores, neoplasias)
- ☐ Condiciones genéticas o cromosómicas (ejemplo: Down, Klippel-Trenaunay, Turner)
- ☐ No Aplica (sin antecedentes)
- ☐ Otro (especifique en el siguiente cuadro)

De acuerdo a la(s) selección(es) anterior(es), especifique cuál(es) condición(es), patología(s) o trastorno(s) presenta actualmente y en qué año fue diagnosticado:

Condición / Patología / Trastorno / Alteración	**Año** (que fue diagnosticado)

Si su hijo(a) se encuentra en estudio médico por presentar síntomas recurrentes, por favor describa cuáles son esos síntomas:

Describa cualquier antecedente quirúrgico de su hijo(a) e indique el año en que se realizó la intervención:

Antecedente quirúrgico	**Año**

Si su hijo(a) se encuentra bajo tratamiento crónico (medicación o terapias), por favor especifique cuál es el tratamiento:

¿Requiere su hijo(a) el uso de algún tratamiento de emergencia, como autoinyector de adrenalina (EpiPen), Glucagón, Insulina, Salbutamol u otro? En caso afirmativo, indique cuál:

Sí		Tratamiento que requiere (entregar certificado/receta y formulario de autorización):
No		

¿Requiere su hijo(a) la administración de algún tratamiento regular (medicación o terapia) durante la jornada escolar, como por ejemplo insulina o metilfenidato? En caso afirmativo, indique cuál:

Sí		Tratamiento que requiere (entregar certificado/receta y formulario de autorización):
No		

¿Si hijo(a) necesita tomar agua de manzanilla o alguna otra infusión de hierbas durante el horario escolar, usted autoriza que el personal se la proporcione?

Sí	
No	

Si su hijo(a) presenta alguna necesidad especial certificada por el **Registro Nacional de Discapacidad**, por favor indique el tipo y el porcentaje:

Indique si su hijo(a) utiliza alguno de los siguientes dispositivos de asistencia o implementos de forma habitual:

- ☐ Frenillos
- ☐ Anteojos ópticos
- ☐ Lentes de contacto
- ☐ Dispositivos auditivos
- ☐ Prótesis
- ☐ Órtesis
- ☐ Corset
- ☐ Andador
- ☐ Muletas
- ☐ Silla de ruedas
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro (indique):

Confirme su conocimiento:

- Entiendo que, en caso de accidente escolar, mi hijo(a) cuenta con seguro de accidentes escolares, cuya atención será proporcionada en el Hospital Regional de Rancagua.
- Entiendo que no debo enviar a mi hijo(a) al establecimiento escolar si se encuentra enfermo(a) o lesionado(a) sin la debida autorización o indicación médica.
- Entiendo que debo informar oportunamente al establecimiento escolar sobre cualquier cambio importante en la salud de mi hijo(a) que ocurra durante el año escolar.
- Entiendo que, si mi hijo(a) sufre una descompensación por dolencia o enfermedad que requiera evaluación médica inmediata, es mi responsabilidad trasladarlo(a) a un centro de salud.
- Entiendo que, en caso de que mi hijo(a) sufra una lesión que requiera traslado de urgencia inmediato, el establecimiento activará el protocolo de emergencia llamando al SAMU (Sistema de Atención Médica de Urgencias).
- Entiendo que, en caso de que mi hijo(a) presente una patología de alto riesgo (disautonomía, epilepsia, diabetes, etc.) solicitaré una reunión con la encargada de enfermería para definir el plan de acción en caso de una eventual descompensación.
- Entiendo que, en caso de presentar una necesidad especial (como por ejemplo asistir a sala en piso bajo por motivos de movilidad reducida), notificaré la situación al colegio.
- Entiendo que, para la administración de cualquier tratamiento farmacológico en el colegio, es obligatorio adjuntar la receta médica, llenar el formulario de autorización correspondiente y enviar el medicamento en su envase original.
- Entiendo que, si mi hijo(a) acude de manera recurrente a la enfermería, recibiré una notificación formal y se me solicitará una entrevista para realizar seguimiento de su salud.

_____

Firma del Apoderado/Representante legal
RUT: