

### **FICHA DE SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE**

<b>Nombres</b>			
<b>Apellidos</b>			
<b>RUT</b>			
<b>Curso 2026</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Fecha Nacimiento</b>			
<b>Peso:</b>	<b>Talla:</b>	<b>Grupo Sanguíneo:</b>	

#### **I.- CONDICIONES GENERALES DE SALUD**

Sufre alguna enfermedad  Sí ( )      No ( )	Ha sido sometido(a) a alguna cirugía  Sí ( )      No ( )	Toma algún medicamento periódicamente  Sí ( )      No ( )
Presenta alguna alergia  Sí ( )      No ( )	Tiene impedimentos para realizar educación física  Sí ( )      No ( )	
Cuenta con algún seguro distinto al seguro escolar    Sí ( )      No ( )		

#### **II.-INFORMACION AL NACER - SISTEMA DE SALUD**

Edad Madre al momento del parto	Tipo de parto		
Peso al nacer  _____ kg	Talla al nacer  _____ cm	Sistema de salud:  Fonasa      Sí ( )      No ( ) Isapre      Sí ( )      No ( ) Otro      Sí ( )      No ( ) NO tiene      Sí ( )      No ( )	

#### **III.- SALUD DENTAL – MENTAL – TRATAMIENTOS**

Presenta problemas dentales  Sí ( )      No ( )	Se encuentra en control dental  Sí ( )      No ( )	Fecha del último control sano  Sí ( )      No ( )
Familiares con problema de salud o discapacidad diagnosticada  Sí ( )      No ( )	Ha estado en tratamiento neurológico  Sí ( )      No ( )	Ha estado en tratamiento psicopedagógico  Sí ( )      No ( )

Ha estado en tratamiento psicológico Sí ( ) No ( )	Ha estado en otro tipo de tratamiento Sí ( ) No ( )	Ha estado en tratamiento con fonoaudiólogo Sí ( ) No ( )
Presenta problemas de visión Sí ( ) No ( )	Presenta problemas de audición Sí ( ) No ( )	Presenta problemas a la columna Sí ( ) No ( )
Usa lentes ópticos Sí ( ) No ( )		

#### IV.- CONDICIONES ESPECÍFICAS

Estudiante diabético Sí ( ) No ( )	Afecciones cardíacas Sí ( ) No ( )	Estudiante celíaco Sí ( ) No ( )
Vacunas COVID Sí ( ) No ( )	Alergia a medicamentos Sí ( ) No ( )	Alergias alimentarias Sí ( ) No ( )
Vacunas obligatorias al día Sí ( ) No ( )		

Diagnósticos NEE (Necesidades Educativas Especiales) Sí ( ) No ( ) ¿CUÁL?

--

Inscrito en el CESFAM Sí ( ) No ( )

ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OBSERVACION ADICIONAL RELEVANTE SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE.
---

Firma del apoderado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_