

FICHA DE SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE

Nombres		
Apellidos		
RUT		
Curso 2026		
Dirección		
Fecha Nacimiento		
Peso:	Talla:	Grupo Sanguíneo:

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 () Usa lentes ópticos Sí () No ()	Presenta problemas de audición Sí () No ()	Presenta problemas a la columna Sí () No ()

IV.- CONDICIONES ESPECÍFICAS

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

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

--

Inscrito en el CESFAM Sí () No ()

<p>ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OBERVACION ADICIONAL RELEVANTE SOBRE LA SALUD DEL ESTUDIANTE.</p>

Firma del apoderado: _____

Fecha: _____

Este formulario es confidencial y será utilizado exclusivamente para fines educativos y de salud escolar