

## ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO

**Nombre del Alumno** : \_\_\_\_\_

**Curso** : \_\_\_\_\_

Con el propósito de disponer de información valiosa en caso de alguna emergencia de salud, le agradeceremos indicar los antecedentes que se requieren, y responder las preguntas que se formulan en relación con el (la) Alumno (a)

Grupo Sanguíneo del Alumno:

### **Marque con X y/o responda**

¿El (la) Alumno (a) padece alguna Enfermedad Crónica, o se encuentra en observación por el mismo motivo? Si  No

Si la respuesta es afirmativa, le agradeceremos especificar el diagnostico o hipótesis diagnóstica

---

---

¿El (la) Alumno (a) recibe medicación permanente? Si  No

Si la respuesta es afirmativa, le solicitamos indicar que tipo de medicamento, y/o si este produce efectos secundarios que sea conveniente tener en cuenta

---

---

---

---

¿El (la) Alumno (a) sufre alguna Alergia Alimentaría? Si  No

Si la respuesta es positiva, le agradeceremos indicar a que alimento (s) o ingrediente (s)

---

---

---

¿El (la) Alumno (a) tiene antecedentes de alguna afección cardiaca diagnosticada o en observación?

Si

No

Si la respuesta es positiva le agradeceremos especificar

---

---

---

¿El (la) Alumno (a) sufre de epilepsia? Si

No

¿El (la) Alumno (a) ha presentado reacciones a picaduras de abejas u otros insectos?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, le agradeceremos nos entregue información precisa

---

---

---

Le solicitamos indicarnos a continuación cualquier otro antecedente o información que estime relevante, y que nos permita reaccionar de manera más adecuada y oportuna en caso de emergencias de salud o accidentes

---

---

---

---

**Complementariamente, le agradeceremos entregarnos la siguiente información:**

Indique 2 personas para contactar en caso de emergencias:

**Contacto 1**

Nombre : \_\_\_\_\_

Teléfonos de Contacto : Red Fija

Móvil

**Contacto 2**

Nombre : \_\_\_\_\_

Teléfonos de Contacto : Red Fija

Móvil

¿El Alumno o la Familia con base en una doctrina religiosa o principios éticos o de otra índole profesa o sostiene algún tipo de objeción a procedimientos médicos determinados?

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, favor indicar específicamente en que consiste la señalada objeción

---

---

Indique si existe un Seguro de Accidentes Escolares o de Salud contratado por la familia en favor del (la) Alumno (a) y que sea distinto al Seguro Obligatorio de Accidentes Escolares

Si

No

Si la respuesta es afirmativa, le agradeceremos indicar lo siguiente:

Compañía: \_\_\_\_\_

Identificación del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de la Clínica o Establecimiento de Salud en que el Seguro entrega la atención médica. Si este contempla esa condición

---

---

En mi calidad de Apoderado, declaro que los antecedentes consignados en este documento corresponden a la verdad, y libero de responsabilidad a Colegio Patagonia Puerto Varas por errores u omisiones en este registro.

En Puerto Varas, Agosto de dos mil dieciocho.

Nombre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma