



FICHA DE SALUD

Nombre de la Alumna:		
(Ap. Paterno)	(Ap. Materno)	(Nombre)
Fecha de nacimiento:	Curso:	
Teléfono casa:		
Teléfono Madre:	Celular:	
Teléfono Padre:	Celular:	
En caso de urgencia y de no ubicar a padres avisar a:		
Nombre:	Parentesco:	
Teléfono:	Celular:	
❖ Clínica donde tiene contratado Seguro de Accidentes: _____		
<p>En caso de accidentes escolares las alumnas que no cuenten con un seguro de accidentes particular estarán cubiertas por el seguro escolar establecido por la Ley N° 16.744 y por el Decreto Supremo N° 313. En este caso, de verificarse un accidente con riesgo vital las alumnas serán llevadas al estableciendo de salud pública o privada más cercanos al colegio. En accidentes donde no haya riesgo vital y no sea posible ubicar al apoderado, las alumnas serán llevadas directamente al SAPU ARIZTIA ubicado en calle Paul Harris 1140, Las Condes. De ser necesario las alumnas serán derivadas al Hospital Calvo Mackenna o al Hospital Salvador, según corresponda.</p>		
❖ En caso de no contar con seguro de accidentes particular y de no querer acogerse a la ley N° 16.744 y decreto supremo N° 313, desea que su hija sea trasladada al Servicio de Urgencia de la clínica: _____		
❖ En caso de atención de salud no traumatológica, desea que su hija sea trasladada al servicio de urgencia de la clínica: _____		
No obstante lo indicado en esta ficha, frente a un riesgo grave o de emergencia en la salud de la alumna, se mantendrá el criterio existente de trasladarla a la Clínica Alemana.		
¿Presenta o presentó alguna enfermedad importante? ¿Cuál? ¿A qué edad?		
¿Usa algún medicamento en forma habitual? (nombre, dosis, frecuencia. En caso de ser administrado en el colegio adjuntar orden médica).		
¿Presenta alergia a algún medicamento? (Especifique)		
¿Sufre otro tipo de alergia? (Especifique)		
¿Intervenciones quirúrgicas? (Especifique)		



En caso de fiebre, dolor de cabeza y/o dolor dental ¿autoriza a administrar alguno de estos medicamentos?

	<u>Si autorizo</u>	<u>No autorizo</u>
Paracetamol	_____	_____
Ibuprofeno	_____	_____
Naproxeno	_____	_____
Diclofenaco	_____	_____

En caso de dolor de estómago, ¿Autoriza a administrar el siguiente medicamento?

	<u>Si autorizo</u>	<u>No autorizo</u>
Antiespasmódico	_____	_____

En caso de Alergia, ¿Autoriza a administrar el siguiente medicamento?

	<u>Si autorizo</u>	<u>No autorizo</u>
Loratadina	_____	_____

En caso de dolor menstrual, ¿Autoriza administrar alguno de estos medicamentos?

	<u>Si autorizo</u>	<u>No autorizo</u>
Acido Mefenámico	_____	_____

(La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial)

Nombre Apoderado: _____

Firma Apoderado: _____

Fecha: _____