



***ESTIMADOS PADRES Y APODERADOS:***

Todos los estudiantes deben tener este documento en su carpeta personal, previa al inicio de las clases lectivas 2025, la no presentación traerá como consecuencia que el estudiante, no pueda participar de las actividades prácticas de la asignatura de Ed Física hasta se entregue la ficha al profesor (a) jefe, dada la importancia que tienen para la salud y su protección. Si la ficha proporcionare enfermedades que deben ser consideradas por el colegio deberán, además, agregar mayor información médica. También debe incluir en esta ficha enfermedades de tipo crónicas, posteriormente presentar el certificado respectivo.

La “Ficha Médica 2025” deberá entregarla completa en el proceso de MATRÍCULA.

El sentido de esta ficha es conocer situaciones médicas que se deben considerar al momento de someter al estudiante a un esfuerzo físico, por ejemplo, enfermedades de base u otros y considerar en cualquier otro tipo de decisión que tenga relación con la salud del menor que el colegio debe considerar.

Además de lo anterior, la protección de nuestros estudiantes y de sumarnos a la práctica de una vida sana, se recomienda a todos los padres cuyos hijos o hijas presenten un grado de sobrepeso u obesidad, que tomen las medidas necesarias para corregir la situación, entre otras la asesoría de médicos y/o nutricionistas, lo que permitirá al colegio colaborar más efectivamente en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros niños y jóvenes. Recordar también la colación fría, ojalá ensaladas y frutas, recomendamos el consumo de frutos secos, etc. que es la recomendación dada por el Reglamento Interno.

Sin otro particular, le saluda atentamente.

***GUIDO RIVERA ROBLES***

***Rector***

Arica , diciembre 2024



## Colegio Ford College Ficha de Salud 2025

**Esta ficha es absolutamente confidencial.** Para ello, solicitamos a usted contestar responsablemente todos los items, para que la información del colegio respecto del estado de salud del alumno/a sea correcta y completa.

### I Antecedentes generales del alumno. (de acuerdo al año 2025)

Nombre del alumno:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Curso:  Domicilio:

Fecha de nacimiento  /  /  Fono:

Grupo sanguíneo

Factor RH

Sexo: F  M

Peso:  Kg Talla:  mtrs Régimen salud:

Nombre del padre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Nombre de la madre:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

### EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:

1.- Nombre:  Parentesco  Fono:

1.- Nombre:  Parentesco  Fono:



## II Antecedentes médicos del alumno.

¿Ha recibido todas las inmunizaciones que corresponden a su edad? Sí ....No.....

—

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades? (Conteste SI o NO según corresponda)

ENFERMEDAD	SI	NO
Epilepsia		
Sarampión		
Paperas		
Rubéola		
Varicela		
Tos ferina		
Hepatitis		

ENFERMEDAD	SI	NO
Mononucleosis		
Tuberculosis		
Diabetes		
Asma		
Bronquitis		
Alergias respiratorias		
Otra (s) :		

ALERGIAS	SI	NO	¿ A QUÉ?
A medicamentos			
A alimentos			
Ambientales			

ENFERMEDADES	SI	NO	Recurrencia
Amigdalitis			
Otitis			
Genitourinarias			
Digestivas			
Músculo esqueléticas			



Cardiovasculares			
Dermatológicas			
Anemia u otra de tipo hematológica			
De visión			
De audición			
Neurológicas			

¿Tiene alguna enfermedad crónica? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_Cuál: \_\_\_\_\_

Esta enfermedad está diagnosticada ¿ Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Recordar que cualquier enfermedad crónica que afecte la asistencia debe informarla por escrito hasta abril de 2025.- presentando los antecedentes médicos para aplicar Reglamento.

**III Antecedentes quirúrgicos (cirugías) del alumno. Especifique cuál y el año en que se realizó.**

--

**IV Medicamentos de uso habitual.** (recuerde el colegio no puede administrar medicamentos)

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Para qué lo usa



**V Información adicional.**

Antecedentes familiares de interés (mencionar enfermedades hereditarias)

Si usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno/a que no ha sido mencionado anteriormente, por favor explíquelo a continuación:

VI.- En caso de accidentes escolares:

a.- ¿usaré el seguro escolar? Sí \_\_\_\_ No\_\_\_\_ , en caso de accidente grave autorizo al colegio a trasladar a mi pupilo al centro de salud : Hospital Juan Noé Crevani

b.- Usaré un seguro Privado Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_, en caso de accidente grave autorizo al colegio a trasladar a mi pupilo al siguiente centro de salud:\_\_\_\_\_



- ✓ El Colegio utilizará los Servicios de la Asistencia Pública, debiendo el apoderado informar por escrito si desea que su pupilo(a), se trasladado a otro centro asistencial donde el deberá asumir todos los gastos que se incurran y el apoderado deberá esperar al alumno(a) en dicho lugar al momento de su llegada.
- ✓ Si su hijo(a) requiere algún tratamiento específico por estas u otras patologías durante el horario escolar, acérquese al profesor jefe y poder orientarle.

**El Apoderado firmante declara que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y autorizan a que su pupilo (a) realice la asignatura de Educación Física en el nivel que le corresponda.**

Fecha

Nombre del Apoderado A

RUN

Firma

Arica Noviembre de 2024