



Ficha de Salud 2025

Datos del o la estudiante.

Nombre completo: _____ Curso: _____

RUN: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Grupo sanguíneo: _____ Factor: _____ Peso: _____ Talla: _____

Sistema de salud: Fonasa letra: _____ Isapre nombre: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono personal: _____

Nombre del padre: _____ Teléfono personal: _____

En caso de urgencia y de no poder ubicar a los padres, autorizo llamar a:

Sr. (a): _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Marca con una equis (x) y completa con letra clara el tipo.

Antecedentes de salud	Si	No	Especifique el tipo
Alergia			
Asma			
Diabetes			
Epilepsia			
Cardiopatía			
Hipertensión arterial			
Obesidad			
Hemofilia			
Tiroides			
Hepatitis			
Hernias			
Problemas al sistema esquelético o Muscular (ej. Pie plano, fracturas o lesiones sufridas con anterioridad)			
Patologías oftalmológicas o auditivas.			



“Colegio Estación”

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1030 DE FECHA 17 DE JUNIO 2009
MINISTERIO DE EDUCACIÓN



En caso de tener problemas oftalmológicos el apoderado debe adjuntar un certificado que autorice el uso de sus anteojos en las clases de Educación Física (por un médico especialista), de manera contraria el alumno (a) deberá quitarse sus lentes para realizar la clase de Educación Física.

En caso de tener una enfermedad distinta a las ya nombradas especifique a continuación ¿Cuál?

Toma algún medicamento permanente SI NO

¿Cuál? _____

¿Tiene algún medicamento contraindicado? SI NO

¿Cuál? _____

Ha padecido en fecha reciente:

ENFERMEDAD	SI	NO	
HEPATITIS			
PAROTIDITIS			
SARAMPIÓN			
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA			
COVID			¿Está vacunado contra Covid? (Indique cantidad de dosis).
OPERACIÓN			En caso de haber sido operado/a especifique ¿de qué?
ESGUINCES O LUXACIONES			Si su respuesta fue sí especifique lugar de luxación o esguince

En caso de haber padecido o padecer de las patologías antes mencionadas, se deberá presentar un certificado médico que especifique que el alumno está apto para realizar actividad física, sin que aquello implique un riesgo para la salud.

Lo mismo sucederá si el apoderado no autoriza a su hijo (a) a participar de estas actividades físicas especificando con un certificado médico cual sería la razón. (Actualizado)

Yo, _____ RUN _____

Como apoderado titular autorizo a mi hijo (a) a realizar actividades físicas que se desarrollen en el Colegio como: las clases de Educación Física, Talleres de Libre Elección y Talleres Extraprogramáticos

FIRMA APODERADO TITULAR

Fecha ____/____/____