



*Colegio Trabunco*

COLEGIO TRABUNCO  
R.B.D. N° 16825-4  
La Concordia N° 0575  
Peñaflor

## **FICHA MÉDICA ESTUDIANTE 2021**

Nombre y apellidos : ..... Edad : .....  
Curso : ..... Estatura : ..... Peso: .....  
Grupo Sanguíneo : ..... Factor : .....  
Cobertura Médica : .....

### **En caso de emergencia:**

Teléfono	Nombre	Parentesco

**Antecedentes clínicos:** (Contestar **SI** o **NO**, especificar en caso que sea necesario)

	SI	NO	ESPECIFICAR
Padece alguna cardiopatía			
Padece alguna alergia			
Es intolerante a algún medicamento			
Padece alguna enfermedad crónica			
Presenta alguna limitación física			
Puede realizar actividad física			
Tiene dificultad auditiva			
Tiene dificultad ocular			
Usa lentes			

**NOTA:** Mantener en el establecimiento certificados médicos en caso de que alguna respuesta sea **SI**

**SU HIJO, ¿toma algún medicamento habitualmente?**

SI	NO	CUAL	En caso de ser necesario tomarlo en el colegio indique dosis, pauta y adjunte informe médico.

### **SITUACIONES ESPECIALES**

Yo, \_\_\_\_\_, (padre, madre o tutor legal), de \_\_\_\_\_, autorizo, a mi pupilo (a), para que realice clases de educación física. Señalo que se encuentra en estado de salud óptima para ejercer labores deportivas.

Eximo al establecimiento educacional frente a cualquier situación de índole patológica o alguna situación de enfermedad no informada al Colegio.

**OBSERVACIONES:**

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado