



Colegio Trabunco

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

FICHA MÉDICA ESTUDIANTE 2024

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