



*Colegio Trabunco*

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

## **FICHA MÉDICA ESTUDIANTE 2026**

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			
Derivación a centros de apoyo (PPF, PRM, COSAM, Lazos, Tribunales)			
Tratamiento psicológico, psiquiátrico y/o farmacológico			

**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.

**En caso de encontrarse en tratamiento psicológico, psiquiátrico y/o farmacológico por favor indicar el nombre y contacto del profesiones o profesionales tratantes:**

Área	Nombre del profesional	Contacto
Psicólogo/a		
Psiquiatra		
Otros:		

## 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.

Además, declaro que la información encontrada en esta ficha es completa y no omito puntos relevantes que puedan afectar en la contención y apoyo emocional de mi pupilo.

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

---

Firma Apoderado