



Ficha Médica

La ficha debe ser entregada en secretaria, acompañada por un certificado de aptitud físico.

Alumnos del Infants School y primer ciclo de la enseñanza básica deben mantener al día los certificados médicos, de audiometría y fotocopias de los certificados de vacunas vigentes.

| | |
|---------------------------------|--|
| Apellidos | |
| Nombre | |
| Cédula de Identidad | |
| Fecha nacimiento | |
| Dirección | |
| Teléfono | |
| Teléfono de Emergencia | |
| Notificar en caso de emergencia | |
| Parentesco | |
| Teléfono | |
| Teléfono | |

| | |
|-------------------------|--|
| ISAPRE/Cobertura Médica | |
| Nº. de Plan | |
| Nº. de Carnet | |
| Grupo de Sangre | |

Se solicita contestar las preguntas, si responde afirmativamente, debe ampliar los datos en el dorso:

| | | |
|---|----|----|
| Fue operado en los últimos 4 meses | Si | No |
| Toma regularmente algún medicamento | Si | No |
| Estuvo internado en el último año | Si | No |
| Es diabético | Si | No |
| Es asmático | Si | No |
| Es alérgico | Si | No |
| Usa plantillas | Si | No |
| Tiene antecedente de epilepsia o convulsiones | Si | No |
| Tiene desviación de la columna | Si | No |
| Tiene alguna dolencia o deformación en los huesos o articulaciones | Si | No |
| Tiene dolor de cintura después de realizar ejercicios físicos | Si | No |
| Ha tenido fracturas, luxaciones o lesiones ligamentarias en los últimos 4 meses | Si | No |
| Alguna vez experimentó excesiva falta de aire mientras realizaba ejercicios físicos | Si | No |
| Ha tenido traumatismo de cráneo con pérdida del conocimiento en los últimos 4 meses? | Si | No |
| Alguna vez sintió dolor en el pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después? | Si | No |
| Algún familiar directo tiene alguna enfermedad cardíaca | Si | No |
| Le han detectado alguna vez un soplo cardíaco | Si | No |
| Presenta algún tipo de problema cardíaco | Si | No |
| Le han detectado Pie plano, cóncavo u otro | Si | No |
| Sufre de Hiperlaxitud | Si | No |
| Alguna dificultad motriz no considerada? Cuál? Por favor explique al dorso. | | |

Si respondió que Si, por favor explique al dorso.

Muchas gracias.

Firma

Apoderado..... Médico.....

Fecha.....de.....de.....