



FICHA CLÍNICA ESCOLAR

ALUMNO (A):

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	
Curso:	Seguro de salud escolar para atención de urgencia	SI	NO
Lugar:			

MADRE :

PADRE :

Nombre:	Nombre:
Fono casa:	Fono casa:
F.oficina o móvil:	F.oficina o móvil:

En caso de urgencia, si fuera imposible ubiar a los padres, llamar a:

Nombre:	Nombre:
Fono casa:	Fono casa:
F.oficina o móvil:	F.oficina o móvil:

ANTECEDENTES DE SALUD

CUALES y/o TRATAMIENTOS

	SI	NO	
Alergias o medicamentos			
Enfermedades respiratoria			
Asma			
Diabetes			
Hipoglicemia			
Epilepsia			
Intervenciones quirúrgicas			
Alteraciones sensoriales			
Otras enfermedades			

RECONOCIMIENTO DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL NIÑO Y ADOLESCENTE:

➤ ¿ Tiene alguna enfermedad al corazón? diagnóstico médico: _____

Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>
Coolesterol alto	<input type="checkbox"/>	Soplo	<input type="checkbox"/>	Sobrepeso	<input type="checkbox"/>
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	Fuma	<input type="checkbox"/>		

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿ Ha presentado mareos, desmayos o pérdida de conciencia durante o después de ejercicios?
- ¿ Ha presentado dolor al pecho, palpitaciones o dificultad respiratoria con el ejercicio?
- ¿ Ha fallecido algún familiar de muerte súbita?

MEDICAMENTOS EN USO: SI NO ¿ cuáles? _____

VACUNAS AL DÍA: SI NO ¿ cuáles? _____

Nota: Información que considere confidencial puede entregarla personalmente en Entrevista con Inspectoría correspondiente. Se solicita avisar oportunamente cualquier cambio o Modificación de datos entregados para asegurar al alumno(a) la mejor atención de Enfermería.

Fecha _____

Nombre, Firma del Apoderado y R.u.t. _____