

Ficha Clínica Alumno

Antecedentes del Alumno

Nombre Alumno:		Fecha de Nacimiento:	
Rut Alumno:		Edad Alumno:	
Curso:		Año en Curso:	
Dirección:		Teléfono Apoderado:	
Parentesco:		Teléfono Emergencia:	

Antecedentes Mórbidos

Peso:		Talla:		Grupo y RH (Grupo Sanguíneo)	
Alergia(s):		Tratamiento Alergia(s):			
Enfermedad Crónicas:					
Tratamiento Crónico:					
Inhalador Permanente:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	SOS (Inhaladores):			
Convulsiones por Fiebre:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Parentesco	Indicar Parentesco:			
Cáncer:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En estudio	Tumor:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En estudio	Parálisis:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En estudio
Enfermedad neurológica (Ejem. Depresión y otras)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Indicar enfermedad neurológica en caso de poseerla:			
Tratamiento Neurológico:					
Condición Ortopédica (Ejem. Silla de Ruedas)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Indicar Zona del cuerpo.			
Prótesis:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Indicar Zona del Cuerpo		Escoliosis:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Impedimento Auditivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dispositivo Auditivo (en caso de requerirlo)	<input type="radio"/> Oído Izquierdo <input type="radio"/> Oído Derecho		
Impedimento Ocular:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Lentes:	<input type="radio"/> Ópticos <input type="radio"/> Contacto		

Alumnos Menores de 5 años

Esta sección solo se debe llenar si el alumno es menor de 5 años.

Parto:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Cesaria	<input type="radio"/> Terminó	<input type="radio"/> Prematuro
Semanas de Gestación:		Peso al Nacer:		
Incubadora:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Respiratorio Crónico:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Cardiaco:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Inmuno Depresivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

- Si el estudiante presenta alguna patología o diagnóstico de otro tipo, debe informar a Dirección, para que se tome conocimiento de ello y en conjunto con su padre, madre o apoderado, se tomen las medidas en el establecimiento de acuerdo a lo prescrito por el médico.

