



COLEGIO "GERONIMO RENDIC"
LAS CASAS 986
FONO 512 225 624 - FAX 512 225 883
colegio@colegiogrendic.cl
LA SERENA

AÑO ESCOLAR
2020

FICHA MÉDICA

ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO _____ RUT _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ EDAD _____ CURSO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

NOMBRE APODERADO _____ RUT _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A

1° NOMBRE _____ RUT _____

PARENTESCO _____ TELÉFONO _____

2° NOMBRE _____ RUT _____

PARENTESCO _____ TELÉFONO _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

GRUPO DE SANGRE	PESO	ESTATURA	IMC (kg/m2)

AFECCIONES

RESPIRATORIAS		DIGESTIVA		CUTÁNEAS		OTROS
SI	NO	SI	NO	SI	NO	

ESPECIFICACIÓN _____

DIFICULTAD

OFTALMOLÓGICA		AUDITIVA		MOTRIZ		OTROS
SI	NO	SI	NO	SI	NO	

ESPECIFICACIÓN _____

ALERGIAS

ALIMENTOS		PICADURAS		MEDICAMENTOS		OTROS
SI	NO	SI	NO	SI	NO	

ESPECIFICACIÓN _____

ENFERMEDAD CRÓNICA		USO DE MEDICAMENTO		CIRUGÍAS		OTROS
SI	NO	SI	NO	SI	NO	

ESPECIFICACIÓN _____

ATENCIÓN

PSICOPEDAGÓGICA		PSICOLÓGICA		NEUROLÓGICA		PSIQUIÁTRICA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

INFORMACIÓN ADICIONAL _____

Yo _____, RUT _____

A través del presente documento valido la información contenida y autorizo al Colegio, en el caso que fuese necesario, se presten los primeros auxilios que la situación requiera.

FIRMA PADRE, MADRE Y/O APODERADO