**NOMBRE ALUMNO/A:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **EN CASO DE SER NECESARIO, AVISAR A:** |
| NOMBRE Y APELLIDO: TELÉFONO: ( )  Parentesco: |
| NOMBRE Y APELLIDO: TELÉFONO: ( )  Parentesco: |

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHA MÉDICA** | |
| **GRUPO SANGUÍNEO:** | |
| **¿CUENTA CON ALGUNA COBERTURA MÉDICA Y/O SEGURO INTERNACIONAL? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar lo siguiente: | |
| ¿CUÁL?: N° DE AFILIADO: | |
| TELÉFONO DE EMERGENCIAS: | |
| **¿HA TENIDO O TIENE ALGUNO DE ESTOS PADECIMIENTOS?**  En caso afirmativo, marcar con una X y especificar de ser necesario: | |
| ASMA ( ) | DIABETES ( ) |
| ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ( ) | EPILEPSIA ( ) |
| ENFERMEDADES CARDÍACAS ( ) | CONVULSIONES ( ) |
| ENFERMEDADES GÁSTRICAS ( ) | HERNIAS ( ) |
| HEPATITIS ( ) | CELIAQUISMO ( ) |
| ANEMIAS ( ) | DOLOR DE CABEZA SEVERO ( ) |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL ( ) | PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS ( ) |
| HIPOTENSIÓN ARTERIAL ( ) | FRACTURAS Y/O TRAUMATISMOS EN LOS ÚLTIMOS 60 DÍAS ( ) |

|  |
| --- |
| ALGUNA OTRA ENFERMEDAD: |
| OBSERVACIONES / ESPECIFICACIONES: |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿HA PADECIDO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar: | |
| ¿CUÁL?: | |
| **¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar: | |
| - ALIMENTOS: | |
| - MEDICAMENTOS: | |
| - FACTORES AMBIENTALES: | |
| - OTROS: | |
| **¿CUENTA CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN COMPLETO? SÍ NO** | |
| **ANTITETÁNICA:** SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ NO  (En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) | **ANTIGRIPAL:** SÍ \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ NO  (En caso afirmativo, indicar fecha de aplicación) |
| **¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar. | |
| ¿CUÁL?:  Nota: para el viaje deberá llevar receta médica con prescripción de la medicación necesaria e indicaciones de uso y administración. | |
| **¿SIGUE ALGUNA DIETA MÉDICA EN PARTICULAR? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar. | |
| ¿CUÁL?: | |
| **¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA**  **QUE REQUIERA ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL? SÍ NO**  En caso afirmativo, especificar. | |
| ¿CUÁL? | |
| **OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:** | |

Lugar y Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y sello del Profesional de Organismo Público de Salud