 Fundación Chaminade

 Colegio Parroquial San Miguel

 Dirección

*“El sí de la familia marianista”*

**FICHA DE MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

1. **Información del estudiante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del estudiante: |  |
| Fecha de Nacimiento: |  |
| Dirección: |  |
| Comuna: |  |
| Nombre del Padre: |  |
| Número de Teléfono fijo: |  |
| Número de Teléfono celular: |  |
| Nombre del Madre: |  |
| Número de Teléfono fijo: |  |
| Número de Teléfono celular: |  |
| Nombre de Apoderado/ suplente:  |  |
| Número de Teléfono fijo: |  |
| Número de Teléfono celular: |  |

1. **Antecedentes médicos del estudiante:**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo Sanguíneo:  |  |
| Enfermedad crónica, especifique: |  |
| Estado de enfermedad crónica: |  |
| Alérgico/a a:  |  |
| Operaciones o cirugías, especifique: |  |
| Medicamentos contraindicados: |  |
| Convenio de salud: isapre/fonasa |  |
| Seguro escolar: si/no, especificar:  |  |