

Ficha médica y deportiva

La ficha deberá ser completada por la persona adulta responsable y entregada a la/el preceptor el primer día de clases.

**Datos generales de la/el estudiante**

* **Nombre:**
* **Apellido:**
* **Grupo sanguíneo:**
* **Teléfono de contacto ante emergencias en horario de clase:**

*Contacto 1*

Nombre:

Apellido:

Relación con el/la estudiante:

Teléfono:

—--------------------------------

*Contacto 2*

Nombre:

Apellido:

Relación con el/la estudiante:

Teléfono:

* **¿Posee obra social/prepaga? (Marcar lo que corresponda) SI / NO**

**En caso de poseer, detallar cuál:**

* **En caso de ser necesario, solicito que mi hijo/a sea trasladado/a a:**

Nombre de la institución de salud:

Teléfono:

Domicilio**:**

* **¿Posee cobertura ante emergencias médicas? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

**En caso de poseer, detallar cuál:**

* **Detallar composición familiar,** por ejemplo: vive con la abuela, tiene mamá y tres hermanos:
* **Algún dato relevante que quieran compartir:**

**Información sobre la salud de la/el estudiante**

* **¿Es alérgico/a? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

**En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar**

* **¿Está o estuvo bajo algún tratamiento médico? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

**En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar medicación, dosis diaria (si el tratamiento es actual), desde cuándo y período de tiempo:**

* **¿Está o estuvo bajo algún tratamiento psiquiátrico? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

**En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar medicación, dosis diaria (si el tratamiento es actual), desde cuándo y período de tiempo:**

* **¿Posee vacuna antitetánica ? (Marcar lo que corresponda)**

**SI (Indicar fecha de aplicación) …………….. / NO**

* **¿Padece alguna de estas patologías? (Marcar lo que corresponda)**
* Diabetes SI / NO
* Asma SI / NO
* Hipertensión arterial SI / NO
* Patologías cardíacas SI / NO
* Epilepsia SI / NO
* Enfermedad celíaca SI / NO
* Hemofilia SI / NO
* Otras (detallar):
* **¿Tuvo alguna intervención quirúrgica? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

**En caso de que la respuesta sea afirmativa, especificar:**

* **¿Tuvo o tiene alguna lesión? Si alguna es recurrente detallar y especificar: (Ejemplo: esguinces, hombro laxo, otros)**
* **¿Tienen conocimiento del estado actual de su columna vertebral? Si tiene alguna alteración, detallar. (Ejemplo: escoliosis).**

**Historial deportivo**

* **¿Hace algún deporte en la actualidad? ¿Cuál? ¿En qué institución?**
* **¿Está federada/o en dicho deporte? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

* **Otros deportes qué haya practicado, al menos durante un año, a nivel recreativo y/o federado (especificar):**
* **¿Tomó alguna vez clases de natación? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

* **¿Sabe nadar? (Marcar lo que corresponda)**

**SI / NO**

**Fecha:**

**Firma y aclaración de la persona responsable:**