

DECLARACIÓN DE SALUD ESTUDIANTES

1. IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTE

Nombre Completo	
Rut	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Dirección Familiar	
Fono	
Correo Electrónico	

Peso		Estatura		Grupo sanguíneo	
------	--	----------	--	-----------------	--

2. INFORMACIÓN DE SEGUROS Y PREVISIÓN MEDICA

Previsión Médica, si corresponde (*) especifique:

FONASA		ISAPRE(*)		OTRO(*)	
--------	--	-----------	--	---------	--

Seguro Médico y/ Convenio:

Seguro Médico

Si corresponde; Compañía: _____ N° Póliza: _____ Teléfono: _____

Convenio

Si corresponde; Compañía: _____ N° Póliza: _____ Dirección y teléfono: _____

3. ALERGIAS

Considere medicamentos, alimentos, animales, picada de insectos, agentes ambientales (polvo, pasto, árboles, etc.). Ninguna _____

Alergia	Reacción	Medicamento utilizado (si lo hubiese)

4. HISTORIAL MÉDICO

1. Por favor indique los medicamentos recetados, automedicados, y/o drogas homeopáticas que esté usando.

Nombre medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos secundarios	Motivo de uso

2. ¿Enfermedades recientes? _____

3. ¿Operaciones u hospitalizaciones? _____

4. ¿Exposición reciente a enfermedades contagiosas? _____

5. ¿Se le ha diagnosticado asma? _____ Si _____ No, si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.

6. ¿Se le ha diagnosticado diabetes? _____ Si _____ No, si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.

7. ¿Restricción de alimentos? _____ Si _____ No, especifique _____

8. ¿Historial de presión arterial alta? _____ Si _____ No si corresponde, indicar: _____

9. ¿Tiene algún problema a la vista? _____ Si _____ No especifique; _____

10. ¿Está embarazada? _____ Si _____ No, si corresponde, cuantos meses de embarazo presenta:

11. ¿Tiene problemas óseos, articulares o musculares? _____ Si _____ No si corresponde indicar:

Óseos	Articulares	Musculares

12. ¿Tiene alguna condición médica no mencionada anteriormente?

13. Indicar cualquier observación relevante a considerar respecto a la salud del estudiante:

Nombre del padre/madre o apoderado: _____

RUT: _____

Firma padre/madre o apoderado: _____

Firma estudiante: _____

Fecha: _____