

Departamento de Enfermería 2026

FICHA ANTECEDENTES DE SALUD

NOMBRE ALUMNO	
CURSO	
DIRECCIÓN	
TELEFONO	

ANTECEDENTES DE LOS PADRES Y APODERADA/O

NOMBRE MADRE	
RUN	
EMAIL	
TELEFONO CONTACTO	

NOMBRE PADRE	
RUN	
EMAIL	
TELEFONO CONTACTO	

NOMBRE APODERADO	
RUN	
EMAIL	
TELEFONO CONTACTO	

SÓLO en caso de evacuación del colegio. por alerta y/o alarma de tsunami, emanación de gases tóxicos, incendios, artefactos explosivos, AUTORIZO para retirar a mi pupila/o, a:

NOMBRE	
PARENTESCO CON EL ALUMNO	
RUN	
TELEFONOS	

IV. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ALUMNO (A)

Enfermedades diagnosticadas como crónicas y/o que requieran control con especialistas:

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA:

¿Seguro de salud y accidentes contratados independientes al que le otorga el Estado? No ____ Si ____
¿Cuál? _____

En caso de presentarse alguna emergencia el alumno será trasladado al Hospital Higuera.

Nombre, Rut y Firma de Apoderada/o