



**Colegio Mozart**  
Educar con calidad y calidez  
**FICHA DE SALUD 2026**

**I. ANTECEDENTES DEL ALUMNO(A)**

Nombre Estudiante: \_\_\_\_\_

Curso (2026): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo y Factor RH: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_\_ Mts

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

En caso de estar bajo tratamiento médico, especifique el tratamiento y el nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ALUMNO(A)**

Mencione aquellas enfermedades crónicas o agudas importantes que ha padecido el alumno.

Conteste si o no según corresponda. Si las respuestas son afirmativas especificar el tipo de enfermedad.

SI / NO      TIPO

Asma \_\_\_\_\_

Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_

Hipertensión Arterial \_\_\_\_\_

Enfermedad Cardiaca \_\_\_\_\_

Trastornos Emocionales \_\_\_\_\_

Trastornos de la Columna \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha sufrido de?**

Fracturas \_\_\_\_\_ Convulsiones Febriles \_\_\_\_\_

Esguinces \_\_\_\_\_ Caries \_\_\_\_\_

Luxaciones \_\_\_\_\_ Jaquecas \_\_\_\_\_

Sangramiento Nasal \_\_\_\_\_ Colon Irritable \_\_\_\_\_

Dolor Menstrual \_\_\_\_\_ Crisis de Asma \_\_\_\_\_

**¿Su pupilo usa?**

Lentes de Contacto \_\_\_\_\_ Anteojos \_\_\_\_\_

Audífonos \_\_\_\_\_ Plantillas \_\_\_\_\_

Frenillos \_\_\_\_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Ha realizado un chequeo médico de su pupilo en los últimos dos años? SI \_\_\_\_\_ / NO \_\_\_\_\_**

### III. ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

	SI / NO	TIPO
Hipertensión Arterial	_____	_____
Diabetes Mellitus	_____	_____
Epilepsia	_____	_____
Asma	_____	_____
Enfermedad Cardiaca	_____	_____
Cáncer	_____	_____
Trastornos Emocionales	_____	_____
Otras	_____	_____

### IV. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (CIRUGÍAS) DEL ALUMNO, ESPECIFIQUE EL AÑO EN QUE SE REALIZÓ.

---

---

### V. MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Para qué lo usa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### VI. ALERGIAS

	SI / NO	TIPO
A medicamentos	_____	_____
Ambientales	_____	_____
Alimentos	_____	_____

### VII. INFORMACIÓN ADICIONAL

Si Usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno que no ha sido mencionado anteriormente, por favor explíquelo a continuación.

---

---

\*Cuando la gravedad de un accidente lo requiera, el colegio utilizará los servicios del Hospital Regional, cuyos costos cubre el Seguro Escolar.

\*Si su hijo/a Requiere algún tratamiento específico por alguna patología durante el horario escolar, acérquese a la Inspectoría para entregar el medicamento con la indicación médica correspondiente.

\*Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación de este formulario.

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad.

---

Firma Apoderado Titular

Firma Apoderado Suplente

---

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_