



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 Cardíaca	_____	_____
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 Cardíaca	_____	_____
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 Inspectora 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__