



FICHA MÉDICA 2025

Este documento tiene un carácter oficial y legal, por lo cual el correcto llenado de los datos requeridos es de exclusiva responsabilidad de los padres y/o apoderados del estudiante. Deben completarse todos los campos solicitados, en caso de no acreditar información el campo deberá tarjarse.
 Por favor leer detenidamente para responder correctamente.

1.- Datos del Estudiante:

Nombre Estudiante : _____
 Rut Estudiante : _____ F. nacimiento : _____
 Curso 2025 : _____ Edad : _____ Sexo : _____
 Nombre Apoderado : _____
 Rut Apoderado : _____

2. Antecedentes Médicos:

Grupo sanguíneo (Grupo y factor RH) : _____
 Alérgico a (detalle) : _____
 Discapacidades : _____
 Enfermedades crónicas : _____
 Tratamiento : _____
 Intervenciones quirúrgicas : _____
 Tratamiento médico que requiera cuidados especiales cuáles : _____

Indicaciones alimentarias (alergias o intolerancia) : _____
 Consume algún medicamento : _____
 Motivo : _____
 Cuáles : _____
 Sistema de salud: _____

3. ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES Y CARDIO- RESPIRATORIAS

Sobre la base a su historial de salud, declaro: (marque con X en el recuadro)

SI Mi estudiante **PADECE ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES**
 NO que revistan peligro para sus actividades de Educación Física, Deportes y/o recreativas.

SI Mi estudiante **POSEE DEFICIENCIAS CARDIO-RESPIRATORIAS**
 NO que están en tratamiento, con restricciones en su capacidad física, deportiva y recreativa.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO NO REEMPLAZA EL O LOS CERTIFICADO (S) MÉDICO (S), LOS CUAES DEBEN SER PRESENTADOS A MÁS TARDAR EL **31 DE MARZO DE 2025**, YA QUE TIENEN CARÁCTER DE OBLIGATORIO.

NOMBRE Y FIRMA APODERADO

VIÑA DEL MAR, _____ de _____ 2024.