



Exzellente
Deutsche
Auslandsschule



FICHA DE SALUD DEUTSCHE SCHULE VALAPARAÍSO

Nombre del alumno(a) _____

RUT alumno _____ Curso 2018: _____

Fecha de nacimiento _____

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

1.- Nombre _____

Relación con el alumno _____

Fono domicilio _____ Fono Trabajo _____ Celular _____

2.- Nombre _____

Relación con el alumno _____

Fono domicilio _____ Fono Trabajo _____ Celular _____

PREVISIÓN DE LA FAMILIA:

*Nombre de la ISAPRE _____ FONASA SIN PREVISIÓN

OTRA PREVISIÓN Cuál _____

*¿El alumno padece algún tipo de alergia? NO SI

*Indique qué tipo de alergia o a qué?: _____
(Respiratoria, alimentaria, a medicamentos, etc.)

*¿Padece alguna enfermedad de importancia o enfermedad crónica? NO SI

¿Cuál?: _____

*¿Le han realizado alguna cirugía? NO SI

Motivo _____

*¿Requiere de algún procedimiento especial en caso de emergencia?

*¿Usa algún medicamento permanentemente o de uso prolongado? NO SI

Nombre del medicamento _____

*¿Trae consigo el medicamento que usa permanentemente? NO SI

OBSERVACIONES:



Exzellente
Deutsche
Auslandsschule



Yo, _____ apoderado del alumno
_____ del curso 2018 _____ autorizo que EN
CASO DE EMERGENCIA, mi hijo(a) sea retirado(a) por las siguientes personas:

(aparte de las personas autorizados en el anverso de esta ficha)

Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono de Contacto

Fecha _____

Firma _____