



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 \_\_\_\_\_