

# FICHA MÉDICA TEI

<b>INFORMACIÓN ALUMNO(A)</b>			
Nombre Completo:		Curso:	N° de Lista:
R.U.N.:	Fech. Nac.:	Teléfono:	
Dirección:		Comuna:	
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE</b>			
Nombre:		R.U.N.:	Fech. Nac.:
Celular:	e-mail:		
Fono trabajo:			
<b>INFORMACIÓN DE LA MADRE</b>			
Nombre:		R.U.N.:	Fech. Nac.:
Celular:	e-mail:		
Fono trabajo:			
<b>FICHA MÉDICA:</b>			
Grupo Sanguíneo y RH:	Estatura (Cms):	Peso (Kg):	
Sistema de Salud:			
Enfermedades importantes Físicas y/o psicológicas:			
Indique tratamiento de las enfermedades si corresponde:			
Alergias (medicamentos, alimentos u otros):			
<b>MEDICAMENTOS AUTORIZADOS PARA DAR EN EL COLEGIO</b>			
El colegio cuenta únicamente con estos 3 medicamentos, en presentación de comprimidos y se otorgarán SOLO POR UNA VEZ durante la jornada escolar. El tratamiento posterior es de responsabilidad de los padres y/o apoderados.			
<b>Encierre en un CÍRCULO cuál de los siguientes medicamentos autoriza:</b>			
1. Paracetamol (analgésico - antipirético):			SI / NO
2. Ibuprofeno (antiinflamatorio - analgésico - antipirético):			SI / NO
3. Ácido Mefenámico (antiinflamatorio – analgésico – antipirético) usado para dolor menstrual:			SI / NO
4. En caso de <b>emergencia</b> autorizo la toma de electrocardiograma:			SI / NO
5. Seguro escolar:			SI / NO
Primera instancia de traslado:			
Segunda opción de traslado:			
En caso de emergencia, <b>a parte de los padres</b> , contactar a:			
N°	Nombre Completo	Parentesco	Teléfonos
1.-			
2.-			
<b>Nota: Cualquier modificación en esta ficha debe ser informado oportunamente a Enfermería al 562 2496 5100</b>			

## Información Calendario Nacional de Vacunación Escolar 2020

Según lo establecido por el Ministerio de Salud en relación al proceso de inmunización escolar año 2019, se les recuerda calendario de vacunación.

Curso	Vacuna	Dosis	Enfermedad la cual protege
1° Básico	Tres vírica y dTp (acelular)	2ª dosis 1ª dosis	Rubéola, Sarampión Parotiditis. Difteria, Tétanos, y Tos convulsiva.
4° Básico	VPH	1ª dosis	Virus Papiloma Humano
5° Básico	VPH	1ª o 2ª dosis	Virus Papiloma Humano
8° Básico	dTp (acelular)	Refuerzo	Difteria, Tétanos, y Tos convulsiva.

En caso de rechazar vacuna, se informara con una semana de anticipación vía mail, fecha de vacunación, contando con ese plazo para acercarse y firmar de forma presencial en la enfermería del colegio, formulario de rechazo obligatorio solicitado por el ministerio de salud.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE APODERADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA APODERADO

FECHA ACTUALIZACIÓN:

DÍA

MES:

AÑO: