



**SAINT DOMINIC SCHOOL**  
**HOJA DE SALUD**  
Debe llenarse cada año

CURSO LECTIVO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contactar a: Nombre	Nexo	Teléfonos
#1.		
#2.		
#3.		

Médico de la familia: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección de su Clínica: \_\_\_\_\_

Estado general del alumno(a):

Saludable ( ) Enfermizo ( )

Rh y Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Enfermedades o Afecciones que padece el alumno(a):

Obesidad ( )      Epilepsia ( )      Fracturas de extremidades ( )

Diabetes ( )      Alergias ( )      Asma ( )

Encefalopatías ( )      Otitis ( )      Trastornos estomacales ( )

Ulceras ( )      Presión alta ( )      Presión baja ( )

Trastornos de sueño ( ) Trastornos de alimentación ( ) Problemas de columna/piernas/pies/brazos ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Medicamentos a los que el alumno/a presenta alergia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuidados que se deben tener en el Colegio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos que deban administrarse en el Colegio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor presentar orden médica y entregar medicamentos a la Enfermera.**

Enfermedades o Afecciones que el alumno ha padecido anteriormente:

Varicela ( ) Sarampión ( ) Hepatitis ( )

Rubeola ( ) Paperas ( ) Gastritis ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

Operaciones: \_\_\_\_\_

Accidentes y Consecuencias: \_\_\_\_\_

Visión : Normal ( ) Hipermetropía ( ) Miopía ( ) Astigmatismo ( ) Usa lentes ( ) .

Audición: Normal ( ) Hipoacusia unilateral ( ) Hipoacusia bilateral ( )

Dificultades en el desarrollo motor: \_\_\_\_\_

Dificultades en el desarrollo del lenguaje: \_\_\_\_\_

Dificultades en el desarrollo emocional y/o social: \_\_\_\_\_

Dificultades relacionadas con el aprendizaje: \_\_\_\_\_

Enfermedades de la familia:

Asma ( ) Alergias ( ) Diabetes ( ) Epilepsia ( )

Encefalopatías ( ) Cardiopatías ( ) Hipertensión ( ) Trastornos del riñón ( )

Otros: \_\_\_\_\_

**Sres. Padres de Familia y/o Encargados:**

Por favor agregar cualquier otra información no solicitada y que usted considere importante.

En caso de emergencia:

- Se contactará a las personas indicadas por usted en primera instancia.
- Se contactará al médico de la familia solamente si la emergencia lo ameritara y si no se consiguiera contacto con la familia. Los padres son siempre las primeras personas contactadas en caso de emergencias.
- El colegio puede colaborar en llevar a un alumno(a) al hospital según la emergencia, pero los padres o encargados siempre deben hacerse presentes en el hospital al término de la distancia. Se llevará esta Hoja de Salud, de darse el caso.
- El hospital más cercano al Colegio es el Hospital Metropolitano Vivian Pellas y está adscrito al Seguro Escolar (por Accidentes) que adquieren nuestros estudiantes.
- No olvide actualizar esta Hoja durante el curso lectivo si fuere necesario.

Nombre de la persona que brinda los datos:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de llenado: \_\_\_\_\_