

### MISIONES DE SERVICIO

Sr. Apoderado:

A continuación se presenta la ficha médica del estudiante, la cual entrega información personal, antecedentes de salud y de procedimientos durante la actividad fuera del Establecimiento. Se le solicita su lectura y desarrollo **JUNTO** al estudiante para conocimiento de ambos.

**Instrucciones:**

- a) Complete los datos con letra clara y legible.
- b) Revisar que los números telefónicos correspondan a los familiares y que estén operativos.
- b) Marque con una X la opción que corresponda en la sección de antecedentes de salud
- c) Escriba la información que sea necesaria.

MEDICO ASESOR  
DU DMCH  
R.C.M. 9860-4

**Datos del Estudiante.**

---

Apellido Paterno	Ap. Materno	Nombres
------------------	-------------	---------

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

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

Rut: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

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

Rut: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ otro: \_\_\_\_\_

**Domicilio Particular:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:**

---

Apellido Paterno	Ap. Materno	Nombres
------------------	-------------	---------

---

Parentesco/Relación	Teléfono móvil	Alternativo	Fijo
---------------------	----------------	-------------	------

### **ANTECEDENTES DE SALUD**

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Alérgico a algún Medicamento: \_\_\_\_\_

Previsión de Salud: \_\_\_\_\_

¿Usa algún medicamento de manera habitual?   ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Si No

¿Presenta algún tipo de alergia?

Si No

¿Presenta antecedentes de mareo o vértigo?

Si No

Enfermedades importantes u operaciones.    
Si No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Presenta antecedentes de enfermedades cardiovasculares y/o respiratorias?    
Si No

¿Necesita inhalador en caso de enfermedades respiratorias?    
Si No

¿Actualmente está tomando algún medicamento?   \_\_\_\_\_  
Si No

### MEDICAMENTACIÓN

La actividad cuenta con botiquines de primeros auxilios y medicamentos para la atención de determinadas enfermedades y/o situaciones. A continuación se presenta la lista de medicamentos, **marque con una X si autoriza o no autoriza** el suministro de ellos en caso de ser necesario.

Paracetamol 500 mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	Ibuprofeno 400 mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No
Diclofenaco 50 mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	Povidona Yodada tópica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No
En caso de alergia: Clorfenamina 4 mg <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	
<b><u>SOLO DAMAS</u></b>	
En caso de ciclo menstrual: Ácido mefenámico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	
FUR (fecha última regla): _____	Dismenorrea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No

Observaciones y/o comentarios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_, Rut: \_\_\_\_\_, apoderado(a) de \_\_\_\_\_, Rut: \_\_\_\_\_, Declaro que según mi conocimiento, son verídicos los datos que proporciono en el presente documento, autorizando expresamente a los responsables de mi pupilo(a), para disponer las operaciones de urgencia que sean ordenadas por una autoridad médica competente.

\_\_\_\_\_  
**Firma Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Apoderado**

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018