



THOMAS JEFFERSON
STEM SCHOOL
Concepción - Chile

FICHA DE ENFERMERÍA ESCOLAR TJSS 2025

Curso: _____

Datos del Estudiante:

Nombre Completo: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años

Dirección: _____ Previsión : _____

Tiene seguro de salud y accidentes : _____ Indique cuál? _____

Antecedentes de Salud: Grupo sanguíneo: _____

Enfermedades Crónicas: (Marcar con una X) : ☐ Asma - ☐ Diabetes - ☐ Epilepsia - ☐ Alergias (especificar, medicamento, alimentaria etc):

Actualmente su hijo(a) utiliza aparatos y/o prótesis (ortodoncia, audífonos, plantillas, corsé, lentes etc):

Medicamentos de tratamientos actuales fuera del horario escolar: (Especificar nombre y dosis):

Intervenciones Quirúrgicas Previas: _____

Vacunas al Día: (Marcar con una X) : ☐ Sí - ☐ No (Especificar cuáles faltan):

Historia Clínica Breve:

Descripción de la Salud General:

Traslado por accidentes: El apoderado o adulto responsable del alumno(a), declara y acepta que, atendida la gravedad del accidente, el colegio podrá trasladar al estudiante a la clínica más cercana de donde haya ocurrido el accidente independiente del eventual convenio que tenga el estudiante o su familia con algún centro de salud por seguro médico declarado en la presente ficha. Asimismo, se comunica al apoderado que el Centro de salud más cercano es la Clínica Bio Bio. En caso que no pueda ser atendido por este, se trasladara al estudiante a la Clínica Andes Salud o al Hospital Regional de Concepción.



THOMAS JEFFERSON
STEM SCHOOL
Concepción - Chile

Datos de la Madre:

Nombre Completo: _____

RUT: _____ Teléfono de Contacto: _____

Correo Electrónico: _____

Datos del Padre:

Nombre Completo: _____

RUT: _____ Teléfono de Contacto: _____

Correo Electrónico: _____

En caso de no ubicar padre o madre para emergencia llamar a:

Nombre Completo: _____ Rut: _____

Teléfono de Contacto: _____ Parentesco: _____

Autorizaciones: Autorizo a la enfermera del colegio TJSS a realizar atención de salud básica y/o a administrar medicamentos según indicaciones médicas.

Nombre y Firma del Apoderado: _____

Fecha: _____