



**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_