



Curso: \_\_\_\_\_

## FICHA CLINICA ALUMNO(A)

### Antecedentes Personales:

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_  
Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Médicos:

Alérgico/a (Alimentos, fármacos, factores ambientales...)

Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad crónica o/u síndrome? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Posee algún tratamiento farmacológico en forma permanente o en caso de urgencia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### En Caso de accidente:

Avisar a: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Avisar a: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_

Sistema previsional del alumno: Fonasa \_\_\_\_\_ Isapre \_\_\_\_\_ Particular \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO

(Indique solo una alternativa: SI o NO)

En caso de accidente y/o urgencia autorizo \_\_\_\_\_ el traslado de mi pupilo a la urgencia del Hospital Base de Osorno en caso de no ser contactado telefónicamente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Apoderado/a

Osorno, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_