



ESTIMADOS PADRES Y APODERADOS:

Es grato informarles y participarles que a contar del Año Lectivo 2017 se reformuló la práctica de la asignatura de Educación Física en nuestro colegio para el logro de clases más eficientes, mejorar la calidad de la enseñanza, fomentar el deporte en los niños y jóvenes y lograr en los estudiantes una mayor identidad con su colegio a través de las actividades deportivas. Algunas de las medidas a implementar tienen relación con el aumento de las horas de deporte en todos los niveles y la incorporación de nuevos profesionales.

A su vez se ha reformulado la “*Ficha Médica 2019*”, de nuestros alumnos y alumnas, la cual la encontrará adjunto a la presente circular para contestarla a la brevedad una vez que usted la haya imprimido. Todos los estudiantes deben tener este documento en su carpeta personal, previa al inicio de las clases lectivas 2019. Su no presentación traerá como consecuencia que el estudiante, no pueda participar de las actividades prácticas de la asignatura hasta se entregue la ficha al profesor(a) jefe, dada la importancia que tienen para la salud y su protección.

La “*Ficha Médica 2019*” deberá entregarla completa al profesor(a) jefe en la primera semana de clases.

En el mismo sentido de la protección de nuestros estudiantes y de sumarnos a la práctica de una vida sana, se recomienda a todos los padres cuyos hijos o hijas presenten un grado de sobrepeso u obesidad, que tomen las medidas necesarias para corregir la situación, entre otras la asesoría de médicos y/o nutricionistas, lo que permitirá al colegio colaborar más efectivamente en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros niños y jóvenes.

Sin otro particular, le saluda atentamente.

GUIDO RIVERA ROBLES

Rector

Arica , marzo 2019



Colegio Ford
College Ficha de
Salud 2019

Esta ficha es absolutamente confidencial. Para ello, solicitamos a usted contestar responsablemente todos los items, para que la información del colegio respecto del estado de salud del alumno/a sea correcta y completa.

I Antecedentes generales del alumno.

Nombre del alumno: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Curso: _____ Domicilio: _____ Fono: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - _____ Grupo sanguíneo y
Factor RH: _____ Sexo: __M _____ F

Peso: ____ Kg Talla: ____ metro ISAPRE: _____

Nombre del padre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Nombre de la madre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:

1.- Nombre: _____ Parentesco: _____ Fono: _____

2.- Nombre: _____ Parentesco: _____ Fono: _____

3.- Nombre: _____ Parentesco: _____ Fono: _____



II Antecedentes médicos del alumno.

Tipo de parto: _____ Complicaciones: _____

¿Ha recibido todas las inmunizaciones que corresponden a su edad? ___SI ___NO

¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades? (Conteste SI o NO según corresponda)

| ENFERMEDAD | SI | NO |
|------------|----|----|
| Epilepsia | | |
| Sarampión | | |
| Paperas | | |
| Rubéola | | |
| Varicela | | |
| Tos ferina | | |
| Hepatitis | | |

| ENFERMEDAD | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| Mononucleosis | | |
| Tuberculosis | | |
| Diabetes | | |
| Asma | | |
| Bronquitis | | |
| Alergias respiratorias | | |
| Otra (s) : | | |

| ALERGIAS | SI | NO | ¿A qué? |
|----------------|----|----|---------|
| A medicamentos | | | |
| A alimentos | | | |
| Ambientales | | | |

| ENFERMEDADES | SI | NO | Especifique |
|----------------------|----|----|--------------|
| Amigdalitis | | | (Frecuencia) |
| Otitis | | | (Frecuencia) |
| Genitourinarias | | | |
| Digestivas | | | |
| Músculo esqueléticas | | | |



| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| Cardiovasculares | | | |
| Dermatológicas | | | |
| Anemia u otra de tipo hematológica | | | |
| De visión | | | |
| De audición | | | |
| Neurológicas | | | |

III Antecedentes quirúrgicos (cirugías) del alumno. Especifique el año en que se realizó.

IV Medicamentos de uso habitual.

| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Para qué lo usa |
|-------------|-------|------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



En caso de patologías crónicas, indicar padecimiento y tratamiento actual.

En caso de fiebre o dolor, ¿qué medicamentos suelen administrarle?

V Información adicional.

Antecedentes familiares de interés (mencionar enfermedades hereditarias)

Si usted considera que existe algún aspecto importante de la salud del alumno/a que no ha sido mencionado anteriormente, por favor explíquelo a continuación:



En caso de emergencia grave autorizo al Colegio a trasladar a mi hijo(a) a un centro

- ✓ El Colegio utilizará los Servicios de la Asistencia Pública, debiendo el apoderado informar por escrito si desea que su pupilo(a), se trasladado a otro centro asistencial donde el deberá asumir todos los gastos que se incurran y el apoderado deberá esperar al alumno(a) en dicho lugar al momento de su llegada.
- ✓ Si su hijo(a) requiere algún tratamiento específico por estas u otras patologías durante el horario escolar, acérquese a la Oficina de Partes del colegio para entregar el medicamento con la indicación médica correspondiente.

hospitalario.

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y autorizan a que su pupilo(a) realice la asignatura de Educación Física en el nivel que le corresponda.

Fecha, nombre y firma del Apoderado Académico, RUN Fecha, nombre y firma del Apoderado Responsable, RUN

Arica, __marzo 2019