



## FICHA MÉDICA ESTUDIANTES 2026.

### I.- Antecedentes generales:

|        |  |                     |  |
|--------|--|---------------------|--|
| Nombre |  | Fecha de nacimiento |  |
| Curso  |  | Peso (kg)           |  |
| Edad   |  | Talla (cms)         |  |
| RUT    |  | Grupo sanguíneo     |  |

### II.- Antecedentes médicos:

| Indicar enfermedad crónica (Si padece) | Tratamiento |
|----------------------------------------|-------------|
|                                        |             |
|                                        |             |
|                                        |             |
|                                        |             |

### Medicamentos de uso habitual:

| Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|-------------|-------|------------|
|             |       |            |
|             |       |            |
|             |       |            |
|             |       |            |

**\* Debe firmar anexo N°1, para administración de medicamentos en jornada escolar, cuando el estudiante necesite continuidad en tratamiento médico.**

A. El estudiante ha sufrido de ...

|                 |  |                                             |  |                     |  |
|-----------------|--|---------------------------------------------|--|---------------------|--|
| Fracturas       |  | Mareos o desmayos                           |  | Sangrado nasal      |  |
| Luxaciones      |  | Epilepsia y/o Ataques convulsivos           |  | Jaquecas            |  |
| Esguinces       |  | Crisis asmáticas y/o Bronquitis recurrentes |  | Problemas cardiacos |  |
| Dolor menstrual |  | Náuseas                                     |  | Otros (Cuál)        |  |

B. El estudiante usa ...

|                 |  |                      |  |          |  |
|-----------------|--|----------------------|--|----------|--|
| Lentes ópticos  |  | Dispositivo auditivo |  | Prótesis |  |
| Lentes contacto |  | Plantillas           |  | Otros    |  |

C. ¿Ha realizado chequeo médico al estudiante en los 2 últimos años?

|    |  |    |  |       |  |
|----|--|----|--|-------|--|
| SI |  | NO |  | Fecha |  |
|----|--|----|--|-------|--|

**III.- Antecedentes quirúrgicos:**

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| SI |  | NO |  |
|----|--|----|--|

Especificar tipo de intervención y año

---



---

**IV.- Otros antecedentes:**

ALERGIAS A:

|             |  |
|-------------|--|
| Medicamento |  |
| Alimentaria |  |
| Ambiental   |  |
| Otros       |  |

¿El estudiante posee seguro escolar externo o convenio con alguna clínica?

Especificar:

|    |  |         |  |    |  |
|----|--|---------|--|----|--|
| SI |  | CLÍNICA |  | NO |  |
|----|--|---------|--|----|--|

¿Existe motivo para que el estudiante NO practique ejercicio físico o que produzca alguna dificultad para realizar actividades?

|    |  |    |  |
|----|--|----|--|
| SI |  | NO |  |
|----|--|----|--|

Observaciones:



## AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA 2026

Yo \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ .

Apoderado del estudiante \_\_\_\_\_ , curso \_\_\_\_\_ .

Autorizo a mi pupilo(a) para que pueda realizar diversas actividades físicas durante el presente año escolar en:

Asignatura: Educación Física.

Asignatura: Talleres deportivos.

Confirmado que se encuentra en condiciones de salud adecuadas y sin contraindicaciones médicas para el ejercicio.

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
Firma apoderado

### V.- Antecedentes Apoderado:

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nombre             |  |
| Correo electrónico |  |
| Número telefónico  |  |
| Dirección          |  |

En caso de emergencias llamar a (Contacto N1)

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencias llamar a (Contacto N2)

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

