



FICHA DEL ESTUDIANTE

CURSO Y LETRA AÑO 2025: _____

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Comuna: _____ Ciudad: _____

TELEFONOS DE CONTACTO

Nombre _____ Parentesco con alumno _____

Número de contacto _____ Número de contacto _____

Nombre _____ Parentesco con alumno _____

Número de contacto _____ Número de contacto _____

ANTECEDENTES MEDICOS DEL ALUMNO(A):

Grupo Sanguíneo: _____ Previsión: _____

Su Hijo(a) ACTUALMENTE ¿está tomando algún medicamento de uso permanente? SI NO

¿Cuál (es)? _____

Su hijo(a) ¿Es alérgico a algún medicamento? Indique Cuál(es)

Su hijo(a) ¿Tiene alguna enfermedad? Indique Cuál(es) (considerar también tratamientos neurológicos, psiquiátricos, etc) INDICAR PATOLOGÍA Y MEDICAMENTOS

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Nombre, Rut y Firma Apoderado

Firma Funcionario Receptor