



SANTO DOMINGO COUNTRY SCHOOL

FICHA DE ANTECEDENTES MEDICOS

Nombre: _____ Curso: _____ Fecha: _____

¿Ha recibido su hijo(a) atención especializada de Psicopedagogos, Psiquiatras, Neurólogos o Fonoaudiólogos?

Sí No Especifique: _____

En caso de respuesta afirmativa adjunte informe, diagnóstico y/o tratamiento.

Grupo Sanguíneo : _____

Enfermedades cardíacas : _____

Enfermedades renales : _____

Enfermedades alérgicas : _____

Otros : _____

Medicamentos
contraindicados : _____

Medicamentos que toma
actualmente : _____

Hora / dosis : _____

Isapre : _____

Seguro Escolar : _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre Completo	Parentesco	Teléfonos

Centro Médico de la zona donde desea que su hijo(a) sea trasladado para recibir Primeros Auxilios:

Consultorio Santo Domingo: _____

Hospital Claudio Vicuña: _____

Clinica San Antonio: _____

Clinica San Julián: _____

Otro: _____

En caso de Emergencia de Evacuación, a quién autoriza para responsabilizarse del alumno:

Nombre: _____ Fono: _____

Apoderado