



Nombre del alumno:   
(Ap. paterno) (Ap. materno) (Nombre)

Fecha de nacimiento:    Curso:  Teléfono casa:   
dd mm aa

Teléfono mamá:  Celular mamá: +56 9

Teléfono papá:  Celular papá: +56 9

En caso de urgencia y de no ubicar a los padres avisar a:

Nombre:  Parentesco:

Teléfono:  Celular: +56 9

Clínica donde tiene contratado el Seguro de Accidentes:

En caso de accidentes escolares los alumnos que no cuenten con un seguro de accidentes particular estarán cubiertos por el seguro escolar establecido por la Ley N° 16.711 y por el Decreto Supremo N° 313. En caso de verificarse un accidente con riesgo vital, los alumnos serán llevados al establecimiento de salud pública o privada más cercanos al Colegio. En accidentes donde haya riesgo vital y no sea posible ubicar al apoderado, los alumnos serán llevados directamente al SAPU ARIZTÍA ubicado en calle Paul Harris 1140, Las Condes. De ser necesario los alumnos serán derivados al Hospital Calva Mackenna o al Hospital Salvador, según corresponda.

En caso de no contar con seguro de accidentes particular y de no querer acogerse a la ley N° 16.744 y decreto supremo N° 313, desea que su hijo sea trasladado al Servicio de Urgencia de la Clínica:

En caso de atención de salud no traumatológica, desea que su hijo sea trasladado al Servicio de Urgencia de la Clínica:

No obstante lo indicado en esta ficha, frente a un riesgo grave o de emergencia en la salud del alumno, se mantendrá el criterio existente de trasladarlo a la Clínica Alemana.

¿Presenta o presentó alguna enfermedad importante? ¿Cuál? ¿A qué edad?

¿Usa algún medicamento en forma habitual? (Nombre, dosis, frecuencia. En caso de ser administrado en el Colegio adjuntar orden médica).

¿Presenta alergia a algún medicamento? (Especifique).

¿Sufre otro tipo de alergia? (Especifique).

¿Intervenciones quirúrgicas? (Especifique).



Colegio del Sagrado Corazón  
Apoquindo

En caso de fiebre, dolor de cabeza y/o dolor dental, dolor de estómago o dolor menstrual ¿autoriza a administrar alguno de estos medicamentos?

	Sí autorizo	No autorizo
Paracetamol		
Ibuprofeno		
Naproxeno		
Diclofenaco		
Desloratadina		
Ácido Mefenámico		
Antiespasmódico		

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE APODERADO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

(La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial)