



FICHA DE ENFERMERÍA 2017

Apellidos:		
Nombres:		
RUT:		
Curso:		
Dirección:		
Fecha Nacimiento:		
Peso:	Talla:	Grupo Sanguíneo:

Designe a 2 personas responsables legales del (la) estudiante, señalando parentesco, números telefónicos, correos electrónicos. Defina si esas personas pueden retirarle del Establecimiento en caso de emergencias. Puede agregar a otros cuidadores o tutores.

Parentesco	Nombre y Apellido	Teléfono personal (móvil), domicilio y laboral	Correo electrónico	¿Puede retirar del LMS? (SÍ-NO)

Antecedentes de Salud:

Le solicitamos que responda con la máxima honestidad posible. Sus datos estarán resguardados y solo serán utilizados en situaciones de urgencias o emergencias. Por favor, **MARCAR CON UNA X**

I. Indique si en su familia existen estos u otros antecedentes de salud:

- () Asma () Epilepsia () Enfermedad Cardíaca () Enfermedad Pulmonar
() Hipertensión () Diabetes () otros: _____

II. Indique si su hijo(a) presenta estos u otros antecedente de salud:

- () Alergias: alimenticia _____ medicamentos _____ respiratorias _____ otras _____
() Asma () Epilepsia () Convulsiones Febriles () Diabetes tipo: _____
() Intolerancias: _____ () Antecedentes quirúrgicos _____ () Accidentes _____
() Trastornos de aprendizaje ¿Cuáles? (TDA, dislexia, hiperactividad, etc.) _____
() Dificultades psicológicas _____ () Otras: _____

III. Antecedentes dentales:

- ¿Su hijo/a ha presentado caries? sí () no () ¿Han sido tratadas?: sí () no () ¿Cuándo? _____
¿Ha presentado sangramiento e inflamación de las encías? sí () no ()
¿Ha presenta alteraciones dentomaxilofaciales? sí () no () ¿cuál? _____
¿Qué otro tratamiento ha recibido? () Sellantes () Limpieza () Fluoración Otros _____
Fecha de último control _____
¿Le gustaría que su pupilo/a recibiera el tratamiento dental impartido por el Liceo? Sí ___ No ___

IV. Si su hijo(a) se encuentra con algún tratamiento médico, describa: horarios, dosis y vía de administración. (Si su pupilo/a requiere de un medicamento durante la jornada escolar o en caso de crisis, debe marcar que "sí" autoriza su administración en Enfermería y enviar los medicamentos en su envase original y adjuntar orden médica)

Medicamento	Dosis	Vía de administración	Horarios	Administración en el Establecimiento (sí-no)

V. ¿Su hijo(a) utiliza alguno de estos implementos? (Especifique en la línea de puntos el periodo en que los ha utilizado, expresado en años o meses):

() Frenillos _____ () antejo óptico _____ () prótesis _____ () Corsé _____

() Andador _____ () muletas _____ (

) silla de ruedas _____ Otros: _____

VI. La Previsión de Salud del (la) estudiante es:

*ISAPRE () ¿Cuál? _____

*FONASA ()

*Particular ()

VII. El (la) estudiante ¿cuenta con algún Seguro Escolar privado?

-Clínica INDISA ()

-Clínica Santa María ()

-Clínica Alemana ()

-Clínica Las Condes ()

-Otro (incluyendo los sistemas de rescate privado) _____

VIII. Si el (la) estudiante no cuenta con un seguro escolar privado, una vez que su apoderado (a) lo (la) ha matriculado(a) formalmente en el Liceo, se activa el Seguro Escolar Estatal de accidentes, que se hace efectivo en:

- Hospital Calvo Mackenna (menores hasta 14 años con 11 meses y 29 días)
- Hospital Salvador (mayores de 15 años. Incluye trauma ocular para toda edad)

Para accidentes dentales en:

- Hospital Roberto del Río (menores hasta 14 años con 11 meses y 29 días)
- Hospital Sótero del Río (desde los 15 años)

****Este seguro estatal cubre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del estudiante solo en los centros de salud mencionados.**

IX. En caso de urgencia o emergencia de:

- un estudiante que no tenga contratado seguro escolar con clínicas privadas, y que requiera un traslado INMEDIATO a uno de los centros de salud mencionados en el punto anterior (categorización C1 y C2), esta acción se hará a través del SAMU / SAPU.
- un estudiante que presente una urgencia que requiera traslado en vehículo particular (procedimiento que cumple con una categorización de Enfermería C3 y C4), este desplazamiento será realizado por el apoderado o, en su defecto, por un profesor encargado de Convivencia Escolar designado por los Jefes de Ciclo y en un móvil del Establecimiento. En este último caso, los gastos inherentes al traslado u otra gestión, serán reembolsados en su totalidad por el respectivo(a) apoderado(a).

X. Recuerde:

- La Ficha de Salud Escolar es válida durante el año escolar en curso.
- La Ficha de Salud Escolar es confidencial.
- En el caso de que el estudiante necesite un tratamiento en el Liceo, se deberá adjuntar una orden médica con la indicación prescrita. Las enfermedades que se destacan son: Asma, Diabetes, Epilepsia, Trastorno de Déficit Atencional, Alergias, cefaleas persistentes, dismenorreas recurrentes, etc.
- Los tratamientos no convencionales (medicina antroposófica, flores de Bach, homeopatía, etc.) serán administrados solo si el apoderado completa el formulario exclusivo para estos casos disponible en Enfermería y si estos vienen en el envase ORIGINAL, junto con la orden médica o del terapeuta.
- La declaración de una enfermedad transmisible (varicela, influenza, VRS, impétigo, sarampión, escarlatina, rotavirus, etc.) es OBLIGATORIA y CONFIDENCIAL. En estos casos se resguardará el cumplimiento de los protocolos vigentes frente a estas situaciones y el (la) estudiante solo podrá retornar a clases si presenta un certificado que acredite un estado de salud compatible con dicho retorno.

Frente a consultas y dudas diríjase a la Enfermería del Establecimiento.

Nombre, Rut y Firma del Apoderado o representante legal.