

# Ficha Médica

## Programa Colegios



Nombre de Apellinad@:  Fecha de nacimiento:

Colegio:  Nivel:

R.U.T.:  Edad:  Peso:

Dirección:

Nombre Apoderado / Tutor / Responsable:

Email Apoderado / Tutor / Responsable:

Fono Domicilio:  Trabajo:  Móvil:

Isapre / Fonasa:  Otro Seguro:

¿Su hijo completó el proceso de vacunación? Sí  No

¿Su hijo sabe nadar? Sí  No

Autorizo a Los Pellines a utilizar fotografías de mi hijo(a) para promoción de su sitio web

Sí  No

Si el programa contratado incluye polera, indicanos talla (12, 14, S, M...):

¿Su hijo se encuentra en algún tratamiento médico? Sí  No

Diagnóstico:

Adjunte receta médica en caso de tratamiento continuado:

	Medicamentos	Dosis	Horario
1			
2			
3			
4			

Medicamentos que su hijo (a) puede recibir / informe la dosis a usar

-En caso de dolor de cabeza, fiebre o inflamaciones:  Dosis:

Medicamentos que NO deben ser administrados por alergias o contraindicación médica:

OBSERVACIONES: informe medicamentos que llevará su hijo(a) y condiciones o molestias frecuentes como: neurosis, alergias, mareos, problemas respiratorios, etc.

RESTRICCIONES ALIMENTARIAS:

OTRAS OBSERVACIONES:

FIRMA DEL APODERADO(A)