



Enero 2022

FICHA MÉDICA

DATOS PERSONALES						
Nombre Completo					Nacionalidad	
Nombre Social o apodo					Género	
Fecha de Nacimiento	/	/	RUT			
Edad	Años		Meses			
DATOS PREVISIONALES						
Previsión (Marque la opción con una X)	Fonasa		Otro		Especifique	
	Isapre		Nombre			
¿Tiene algún seguro complementario de salud o escolar? (ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN)			Si		No	
			Institución con convenio			
ANTECEDENTES MÉDICOS						
Grupo sanguíneo				Factor Rh		
Alergias (Marque la opción con una X):			Si		No	
Si marcó SI, especifique (medicamentos, plantas, animales, picaduras, alimentarias, látex, yodo, anestésicos, etc.)						
Intolerancia alimentaria (Marque con una X)			Si		No	
Especifique:						
ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL						
¿Ha tenido algún diagnóstico de salud mental? (Marque con una X)	Si		No		Especifique	
¿Fue dado de alta?	Si		No		Año	
Actualmente ¿Está en control por salud mental?	Si		No		Especifique	
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)						
N° contacto profesional de salud mental						
TRASTORNOS ADAPTATIVOS O DE LA CONDUCTA (Ej trastorno del espectro autista, entre otros)						
Especifique						
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)						
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES (Marque con una X las opciones)						
Diabetes mellitus*		Asma		Convulsiones*		
Hipertensión arterial		EPOC		Alteraciones sanguínea*		
Patología cardíaca*		Tuberculosis		Alt. oftalmológica*		
Dolor de cabeza*		Epilepsia		Alteraciones auditivas*		
Vértigo / Mareo		Enf. renal*		Resistencia a la insulina		
Paro cardiorespiratorio		Autoinmune*		Hipo/Hipertiroidismo		
Especifique*:						
Otra (mencionar):						

Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)			
¿HA CURSADO ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE ALTERACIÓN DE LA SALUD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS? (cefaleas, dolor abdominal, diarrea, etc.) Marque la opción con una X			
Si		No	Especifique
¿Cuándo inició con los síntomas?		Fecha de inicio del tratamiento	
Tratamientos (Medicamentos, Dosis y Horarios)			

TUVO ALGÚN CONTACTO (pariente, amistades o personas del colegio) CON ALGUNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA (Covid-19, tuberculosis, varicela, dengue, sika, chagas, etc.)			
Si		No	
¿Cuál?		¿Dónde?	
¿Ha viajado al extranjero el último año?	Si	No	
País que visitó y fecha:			
Vacuna que se administró para el viaje:			
¿Ha estado en contacto con alguien que haya viajado al extranjero el último año?	Si	No	
	País del que llegó:		
¿Va a viajar antes del Taller?	Si	No	
Especifique: (dónde, fecha y con quiénes)			
INFORMACION GINECO-OBSTETRICA (adolescentes)			
¿Tiene menstruaciones? (Marca con una X)	Si	No	
¿Sus ciclos menstruales son...?	Regulares	Irregulares	
¿Sufre de dismenorrea (cólicos/dolores)?	Si	No	
Medicamento para cólicos (nombre)			
ANTECEDENTES DENTALES			
Fecha del último control dental			
¿Cursa actualmente algún tratamiento?	Si	No	
Especifique			
ANTECEDENTES DE VACUNAS			
¿Tiene al día las vacunas del Plan Nacional de Inmunización? (Marque la opción con una X)	Si	No	
¿Ha recibido otra vacuna? Ej: Fiebre amarilla, refuerzo antitetánica, antirábica, etc.			
Especifique			
NECESIDADES Y TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS: Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimentarias. Incluyendo ayudas técnicas. Ej: aerocámara para inhaladores.			
CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre/Parentesco		Teléfono	
Nombre/Parentesco		Teléfono	

INDICAR CENTRO MÉDICO, AL QUE SE DEBE DERIVAR AL MENOR EN CASO DE ACCIDENTE:

_____.

NOMBRE Y FIRMA TITULAR / TUTOR/A LEGAL O APODERADO/A _____

NOMBRE DEL/LA MENOR _____

FECHA: _____