****

**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 MEDICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo sanguíneo | | | | | |  | | | | | | | | Factor Rh | | |  | | | | |
| Alergias (Marque la opción con una X): | | | | | | | | | | | | | | Si | | |  | | No | |  |
| Especifique si marco SI (medicamentos, plantas, animales, picaduras, alimentarias, látex, yodo, anestésicos, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intolerancia alimentaria (Marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | Si | | |  | | No | |  |
| Especifique: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha tenido alguna diagnóstico de salud mental? (Marque con una X) | | | | | | | Si | |  | | No | |  | | Especifique | | | | | | |
| ¿Fue dado de alta? | | | | | | | Si | |  | | No | |  | | Año | | | | | | |
| Actualmente ¿Esta 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 cardiaca\* | | | | | |  | | | | 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 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: (donde, fecha y con quienes) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **INFORMACION GINECO-OBSTETRICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene menstruación? (Marca con una X) | | | | | | | | | | | | Si | | | |  | | No | |  | |
| ¿Los ciclos menstruales son…? | | | | | | | | | | | | Regulares | | | |  | | Irregulares | |  | |
| ¿Sufre de dismenorrea (cólicos/dolores)? | | | | | | | | | | | | Si | | | |  | | No | |  | |
| Medicamento para cólicos (nombre) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **ANTECEDENTES DENTALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene sus controles dentales actualizados? | | | | | | | | | | | | Si | | | |  | | No | |  | |
| **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 MEDICO, AL QUE SE DEBE DERIVAR AL MENOR EN CASO DE ACCIDENTE:

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

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_