****

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_