



FICHA DEL ALUMNO PARA ENFERMERÍA 2025

I.- NOMBRE COMPLETO: _____
(apellido 1) (apellido 2) (nombres)

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ CURSO: _____

RUT: _____ - ____ DIRECCIÓN: _____

II.- CONTACTOS

Madre: _____
Nombre mail celular

Padre: _____
Nombre mail celular

III.- INFORME DE SALUD

1.- ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO PERMANENTE
(ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO, DOSIS Y HORAS DE ADMINISTRACIÓN):

2.- ALERGIAS (ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, INSECTOS, OTROS):

3.- GRUPO SANGUÍNEO : _____

4.- OTROS ANTECEDENTES (OPERACIONES, TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, NEUROLÓGICOS, OTROS):

5.- SISTEMA DE SALUD: _____

6.- SISTEMA DE AMBULANCIA : _____ FONO: _____

7.- ¿SU HIJO TIENE ALERGIA AL HUEVO? _____

IV. - MEDICAMENTOS EN ENFERMERÍA:

En caso de tratamientos con administración de medicamentos durante la jornada escolar por parte de la Scuola, los padres:

- 1) Informarán a profesor(a) jefe y enfermero(a) de dicho tratamiento y dejarán copia de la prescripción médica o receta en enfermería.
- 2) Proveerán a la Scuola del medicamento indicado en su envase original y la debida antelación.
- 3) Autorizarán por escrito a la Scuola a administrar el medicamento, indicando horario, dosis y duración del tratamiento.

V.- OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____



SCUOLA ITALIANA PARITARIA ARTURO DELL ORO [RBD: 1638-1]

// AVDA, PEDRO MONTT 2447

Tel: 323184941

WWW.SCULAITALIANAVALPO.CL