



FICHA DE SALUD COLEGIO LIRIMA

Estimados Apoderado: Agradeceremos poder completar los siguientes datos requeridos de la salud de su hijo (a)

Nombre	
Edad	
Fecha nacimiento	
Rut	
Grupo sanguíneo	
Curso	

II. Antecedentes Clínicos.

Indique si su Hijo/Hija presenta:

	Si/ No	Indique cual
Vacunas al día		
Alergias		
Enfermedad de base o crónica		
Uso de prótesis/ ortesis (desde que edad esta en uso)		

III. Indique si su Hijo (a), se encuentra recibiendo algún medicamento en forma permanente en la actualidad, dosis, y médico o pediatra que lo autoriza (Adjuntar certificado médico tratante)

.....
.....

IV Contactos para caso Indique 2 números vigentes de contacto:

Nombre Persona	Teléfono	Parentesco
Nombre Persona	Teléfono	Parentesco

V. Seguro Escolar: Según la ley 16.744

Todo estudiante que a consecuencia de un accidente sufrido durante su jornada escolar o en su trayecto desde el domicilio al establecimiento, será cubierto en sus prestaciones médicas por el Seguro Escolar. El apoderado tendrá 24 horas para activar el seguro, a partir de la hora señalada del evento o accidente.

Los beneficios que contempla el seguro estarán vigentes mientras persistan los síntomas o secuelas de lo ocurrido. Dicho seguro es solo aplicable en servicios de la RED PUBLICA DE SALUD.

Beneficios que contempla el Seguro Escolar de Accidente:

- Atención medica quirúrgica y dental en establecimientos públicos
- Hospitalizaciones
- Medicamentos e insumos farmacéuticos
- Prótesis y aparatos ortopédicos
- Rehabilitación física
- Gastos de traslados para entregar las prestaciones mencionadas.

Colegio Lirima, agradece la entrega de este documento y que en caso de sufrir modificaciones poder informarnos oportunamente a los canales establecidos en cada Ciclo.

Tomo Conocimiento:

Nombre, Rut y Firma

Apoderado.....

Atte,

Encargada Primeros Auxilios.