



## FICHA DE INFORMACION MÉDICA PERSONAL DEL ESTUDIANTE

### DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Grado de estudios y sección: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo de residencia: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nro. Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LOS PADRES Y/O APODERADOS

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (Persona de contacto)

Se deberá colocar obligatoriamente los datos de por lo menos dos personas de contacto en caso de emergencia, distintas a las personas designadas en el punto anterior (padre, madre y/o apoderados):

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### INFORMACION MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Peso actual: \_\_\_\_\_ Estatura actual: \_\_\_\_\_

Alergias: Sí  No  ¿Cuáles? Alimentaria: \_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Hasta cuántos grados de fiebre ha llegado su niño? \_\_\_\_\_ ¿Ha convulsionado? Sí  No

¿Padece de alguna enfermedad que usted considere necesario que el colegio esté enterado? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento a diario? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tipo de sangre \_\_\_\_\_

¿Cuénta con seguro médico? Sí ( ) No ( ) Indique el centro médico afiliado más cercano \_\_\_\_\_

Indique la empresa aseguradora \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ responsable del pago del estudiante.

\_\_\_\_\_. Declaro bajo juramento que la información brindada en este documento es verdadera y relevo de responsabilidad al Colegio en caso ello no sea así.

Firma

Huella

Dedo índice derecho

## **Protocolo de atención médica del Colegio “LIFE SCHOOL”**

### **En caso de accidentes dentro de las instalaciones del Colegio**

- 1) Si producto de un accidente ocurrido en el Colegio y en horario escolar, el niño se encuentra en estado de urgencia o emergencia. En primer lugar el colegio, trasladará al estudiante a la clínica o seguro afiliado del padre, el cual se encuentra inscrito en la ficha de información médica. En segundo lugar, se dará aviso a sus padres/apoderados o a las personas de contacto registradas para que se apersonen al lugar de atención.
- 2) En aquellos casos de accidentes que no generen estado de urgencia o emergencia, el Colegio dará aviso, en primer lugar, a los padres/apoderados o a las personas de contacto, con el fin de que recojan al estudiante en el menor tiempo posible. De ser solicitado por el padre o apoderado, el estudiante será trasladado al centro médico, cercano al colegio, que el Padre o Apoderado indique.
- 3) En ambos casos, la Dirección designará a un personal del Colegio para que acompañe al estudiante hasta la llegada de sus padres/apoderado o las personas de contacto. En ningún caso el personal del Colegio se quedará en el Centro Médico luego de la llegada de sus padres/apoderados o de las personas de contacto.
- 4) Luego de informada la condición del estudiante, los padres/apoderados o las personas de contacto, deberán llegar al Centro Médico indicado lo antes posible, teniendo como máximo un plazo de 2 horas. Luego de transcurrido este plazo, el Colegio dará aviso a las autoridades competentes.
- 5) En ningún caso el Colegio suministrará medicamentos al estudiante.

### **En otras situaciones médicas que se presenten en el Colegio**

- 1) En caso que algún estudiante presente una condición médica en el Colegio no vinculada a un accidente (dolor de cabeza, dolor de estómago, cólicos, fiebre, resfrío, etc.), se dará inmediato aviso los padres/apoderados o a las personas de contacto, a fin de que recojan al estudiante en el menor tiempo posible.
- 2) En ningún caso el Colegio suministrará medicamentos al estudiante.
- 3) Los padres/apoderados o a las personas de contacto, tendrán como máximo un plazo de 2 horas desde realizada la comunicación para recoger al estudiante. Luego de transcurrido este plazo, el Colegio dará aviso a las autoridades competentes.
- 4) Si el estudiante comienza a presentar signos de alerta (vómitos, visión borrosa, convulsiones, etc.) o su condición médica empeora, se dará inmediato aviso a los padres/apoderado o personas de contacto y se le movilizará a un centro de salud, el cual ha sido indicado por el padre de familia.
- 5) En este último caso, la Dirección designará a un personal del Colegio para que acompañe al estudiante hasta la llegada de sus padres/apoderado o personas de contacto. En ningún caso el personal del Colegio se quedará en el centro de salud, luego de la llegada de los padres/apoderado o personas de contacto.
- 6) En caso que el Colegio deba incurrir en algún gasto producto de la atención médica del estudiante por alguna situación no vinculada a accidentes dentro del Colegio, los padres deberán reembolsar lo gastado al Colegio.

### **Estudiantes con tratamientos médicos**

- 1) En caso que el estudiante se encuentre llevando un tratamiento médico, los padres/apoderados deberán presentar una Declaración Jurada en el que informe el tipo de enfermedad y tratamiento médico. La Declaración Jurada deberá estar acompañada de receta médica donde se encuentre a detalle el tratamiento (suscrita por el profesional competente, con periodo de vigencia desde la fecha indicada en la receta y hasta el último de los días de tratamiento especificado en las indicaciones).
- 2) Los padres/apoderados deberán llevar los medicamentos recetados para el tratamiento médico del estudiante e indicaciones médicas.

### **Información relevante**

- Los padres/apoderados se comprometen a NO enviar al estudiante al Colegio con síntomas de enfermedad y recogerlo de inmediato cuando sea necesario.
- El incumplimiento por parte de los padres o apoderados de las condiciones establecidas en el presente documento, traerá como consecuencia la evaluación por parte del Colegio de la renovación de matrícula del estudiante para el año escolar siguiente a la firma del presente documento.

Nombres y Apellidos del responsable de pago: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI del responsable de pago: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Con mi firma y huella Sí (  ) No (  ) doy señal de conformidad y aceptación de este documento con todos sus términos, el día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma



Huella



Dedo índice derecho