

**DECLARACIÓN DE SALUD AÑO 2024.-**  
(Completar con letra clara y legible)

Yo, \_\_\_\_\_

R.U.T. N°: \_\_\_\_\_ Apoderado(a) del  
estudiante \_\_\_\_\_

que cursará el \_\_\_\_\_ Año de Enseñanza \_\_\_\_\_ durante el año lectivo 2024 declaro bajo  
juramento que mi pupilo(a) : (Marque con "X" la alternativa que corresponda) :

- a) No presenta problemas de salud.
- b) Presenta problemas de salud.

- Cuál? \_\_\_\_\_

MARQUE SI / NO SEGÚN CORRESPONDA

GRUPO SANGUINEO :  A  B  AB  O

FACTOR RH :  +  -

VACUNAS AL DIA :

ALERGIAS :

DE LAS ENFERMEDADES QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN ¿ CUAL (ES) HA TENIDO?

- VARICELA :
- SARAMPIÓN :
- HEPATITIS :
- ESCARLATINA :
- TIFOIDEA :

PREVISIÓN DE SALUD ( FONASA , ISAPRE U OTROS )

SEGURO ESCOLAR ( HOSPITAL O CLINICA , ESPECIFICAR CUAL CORRESPONDA )

**EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A :**

<b>NOMBRE</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>TELEFONO</b>

**ALGUNA ENFERMEDAD ORTOPÉDICA?** SI / NO ESPECIFICAR

**OTRAS ENFERMEDADES?** SI / NO ESPECIFICAR (Incluir patologías de salud mental)

Cardíaco		Hipertenso		Diabético		Epilepsia		Depresión	
Asmático		Hemofílico		Alérgico		Cefaleas crónicas		Otras	

**TRATAMIENTOS Y MEDICAMENTOS**

**MEDICAMENTOS PROHIBIDOS**

**MEDICAMENTOS AUTORIZADOS POR LOS PADRES EN CASO QUE EL ALUMNO SE PUEDA SUMINISTRAR ALGUNO.**

**TRATAMIENTOS (ADJUNTAR CERTIFICADO MEDICO, RECETA MEDICA, AUTORIZACION APODERADO) ESPECIFICAR**

Si el estudiante presenta problemas de salud, **obligatoriamente debe adjuntar Certificado Médico** (Esta indicación es para estudiantes antiguos y nuevos).

Declaro conocer que para todos los efectos derivados de emergencias de salud y/o accidentes del estudiante en actividades del Colegio, opera íntegramente el Seguro de Salud preceptuado en la ley 16.744 Art. 3º, y de acuerdo a ello será derivado a la unidad de emergencia más cercana del Servicio de Salud Pública sin perjuicio que luego de las atenciones más urgentes sea derivado a un servicio privado en caso de existir un seguro adicional contratado por la familia, para lo cual me obligo a concurrir personalmente a dar dicha autorización bajo mi responsabilidad.

De la misma forma cualquier asistencia médica adicional que eventualmente contrate el colegio, será sólo apoyo y de manera alguna compromete al establecimiento ni en el diagnóstico ni en el tratamiento, y será exclusivamente para orientación y primeros auxilios.

Declaro asimismo conocer la legislación vigente en materia de salud que garantiza un examen preventivo de salud tanto en el sistema público como privado absolutamente gratuito, siendo responsabilidad de la familia realizar estos controles periódicos, como asimismo informar al Colegio el real estado de salud de mi pupilo o cualquier variación de su estado de salud durante el período de permanencia como alumno, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Fundación Educacional Colegio San Pedro Nolasco de Concepción.

---

FIRMA DEL APODERADO

En Concepción, a \_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_