

Alumno:	Curso:
---------	--------

Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Sexo	Previsión	Grupo sanguíneo

Calendario de vacunación obligatoria (hasta 7 años)

Recién nacido		BCG (tuberculosis)
2 meses		DPT
4 meses		DPT
6 meses		DPT
1 año		Tresvirica
1 año seis meses		DPT
4 años		DPT
6 años		BCG
7 años		Toxóide diftérico

Polio		Haemophilus influenza	
Polio		Haemophilus influenza	
Polio		Haemophilus influenza	
Polio			
Polio			
Tresvítica			
Tetánico			

Controles Médicos				
Fecha	Curso	Edad	Talla (cm)	Peso (kg)

Hospitalizaciones			

Enfermedades			
Diabetes		Asma	
Jaquecas		TBC	
Epilepsia		Hepatitis	
Pat. Cardiacas		Tifoidea	

Alergias			
Medicamentos			
Respiratorias			
Alimentarias			
Animales			

Uso de Aparatos y/o Prótesis: ortodoncia - lentes - plantillas - corsé - audífonos

1° Básico		7° Básico
2° Básico		8° Básico
3° Básico		1° Medio
4° Básico		2° Medio
5° Básico		3° Medio
6° Básico		4° Medio
Nivel Pre-escolar		

Medicamentos, Tratamientos y Dietas

Tratamientos	Med. Prohibidos	Med. Autorizados	Dieta

Observaciones generales

Convenio Médico	Contacto de urgencia	Fono de emergencia	Traslado de urgencia

Nota: El Colegio debe ser informado sobre cualquier accidente, operación o enfermedad sufridas después de haber completado este formulario.

Fecha

Firma del Apoderado