



Nombre completo del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Curso: _____

El/la estudiante viven con: *Ambos padres* _____ *Papá* _____ *Mamá* _____ *Tutor:* _____
(Marque con una X)

Nombre del papá: _____ Nombre de la mamá: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del lugar de trabajo: _____ Teléfono del lugar del trabajo: _____

Teléfono domicilio: _____

Dirección de domicilio: _____

***NOTA:** Todos los estudiantes que participen en actividades relacionadas al colegio deberán tener el Formulario de Salud debidamente llenado en su respectivo file.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha (dd/mm/aaaa)



Permiso de Medicación

Con su permiso, el personal del Colegio podría administrar o proporcionar la siguiente medicación:

- Acetaminofen (Paracetamol, Tylenol) para dolores de cabeza, fiebre u otra molestia
- Ibuprofeno para inflamación o fiebre
- Omeprazol para dolores leves de estómago, indigestión y/o diarrea.
- Ácido acetilsalicílico (Aspirina) para inflamaciones, fiebre y/o molestias leves
- Ungüentos tópicos o soluciones para heridas leves, irritación de piel, irritación de ojos, o picadura de algún insecto.
- Antihistamínicos para reacciones alérgicas leves o severas

Autorizo que el personal del Colegio pueda administrar todos los medicamentos listados arriba.

(MARQUE CON UNA X)

SI _____ NO _____

Solo autorizo el uso de los siguientes medicamentos (complete si es necesario):

Firma del padre, madre o tutor

Fecha (dd/mm/aaaa)



Autorización Médica & Formulario de Consentimiento

Para que el Colegio Voces Vitales provea atención inmediata a su hijo/hija, por favor lea y complete el siguiente formulario. Esto nos permitirá ayudar a su hijo o hija sin retrasos en caso de una emergencia.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Historia Clínica

Por favor lea cuidadosamente y encierre en un círculo la respuesta correcta. **Por favor explique detalladamente toda respuesta afirmativa.**

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Lesiones o enfermedades que requieren atención médica | SI | NO |
| 2. Utiliza lentes o lentes de contacto | SI | NO |
| 3. Alergias a algún medicamento o comida | SI | NO |
| 4. Toma actualmente algún medicamento | SI | NO |
| 5. Sensación de debilidad, mareos, fatiga después de mucho esfuerzo | SI | NO |
| 6. Hospitalización, cirugías o fracturas | SI | NO |
| 7. Condiciones de salud diagnosticadas (Asma, diabetes, Depresión) | SI | NO |
| 8. Diversidad congénita o funcional | SI | NO |



- | | | |
|--|----|----|
| 9. Convulsiones | SI | NO |
| 10. Condiciones que pueden ser exacerbadas por hacer deporte | SI | NO |
| 11. Medicación que debe ser administrada durante horas del Colegio | SI | NO |

Por favor, explique las respuestas marcadas en "SI": _____

Mediante la presente, certifico que toda la información médica descrita líneas arriba es precisa y actual.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha (dd/mm/aaaa)



Contactos en Caso de Emergencia

Por favor liste contactos de emergencia que no sean los del papá, mamá o tutor.

NOMBRE	TELF. CELULAR	TELF. DOMICILIO	TELF TRABAJO
1.			
Relación con el estudiante			
2.			
Relación con el estudiante			
3.			
Relación con el estudiante			
4.			
Relación con el estudiante			

En caso de una emergencia, el Colegio se comunicará con el papá, mamá o tutor del estudiante, si no pudiésemos contactarlos, procederemos a contactar a las personas mencionadas líneas arriba.

NINGÚN ESTUDIANTE PODRÁ ABANDONAR LAS INSTALACIONES SIN PREVIA AUTORIZACIÓN ESCRITA Y DEBIDAMENTE FIRMADA POR LOS PADRES.

Mediante la presente, autorizo al personal del Colegio Voces Vitales buscar atención médica para el estudiante en caso de un accidente, lesión o enfermedad. Además, seré responsable de cualquier y todos los costos de la atención médica y tratamiento que derive de ella. Adicionalmente, el Colegio podrá solicitar información complementaria que considere pertinente para obtener un mayor entendimiento de salud del estudiante.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha (dd/mm/aaaa)