



FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA
SEGURO ESCOLAR 2025

Santiago, ____ de _____ 20__

Datos de alumno(a):					
Alumno(a):				Fecha de nacimiento:	
Rut:					
Dirección:				Curso:	
Vive con:	Padre	Madre	Ambos	Otros:	

En caso de emergencia médica llamar a:				
Apoderado(a):			Teléfono:	
Padre/madre:			Teléfono:	

Información médica y de emergencia				
Alergia			¿Cuál (es)?	
Enfermedades importantes(s) que padezca:			Actualmente ¿Toma algún medicamento?	¿Cuál?
Tiene alguna discapacidad:	NO	SI	¿Cuál (es)?	
Tratamiento psicológico o Psiquiátrico:	NO	SI	Diagnóstico:	
Tipo Sanguíneo				
Observaciones				

.....
Firma y Rut del Apoderado