

## DATOS DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Por favor, completar en forma digital

- ✓ Nombre del estudiante:
- ✓ Grupo sanguíneo:
- ✓ Vacunas al día: \*DEJE UNA SOLA OPCIÓN\*    SI            NO
- ✓ Alergia medicamentosa:
  
- ✓ De las siguientes enfermedades ¿cuáles ha tenido? \* deje solo las que ha tenido el estudiante \*, o informe que ninguna.

VARICELA    SARAMPION            HEPATITIS    ESCARLATINA            TIFOIDEA

- ✓ Previsión de Salud: isapre ¿cuál?, FONASA, Tarjeta PRAIS, DIPRECA, CAPREDENA, JEAFOALE \* Deje solamente la que usa\*
  
- ✓ En caso de emergencia avisar a:
  - Nombre:
  - Parentesco:
  - Teléfono:
  
  - Nombre:
  - Parentesco:
  - Teléfono: