

**FICHA PERSONAL DEL ALUMNO(A) MATRÍCULA AÑO 2021**

**Curso 2021:**

**DATOS DEL ALUMNO/A**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **RUT:** | **Fecha Nacimiento:** |
|  | |
| **Paterno Materno Nombres** | |
|  | |
| **Domicilio N°, villa o población Comuna** | |
|  | |
| **Teléfono fijo Teléfono celular** | |
|  | |
| **Con quien vive: N° hermanos/as** | |
|  | |
| **Colegio de procedencia(sólo llenar si el alumno/a es nuevo/a):** | |

**Encaso de emergencia avisar a:**

|  |
| --- |
|  |
| **Nombre Apellido** |
|  |
| **Teléfono celular** |

**DATOS DE LA MADRE**

|  |
| --- |
|  |
| **RUT: Fecha Nacimiento** |
|  |
| **Paterno Materno Nombres** |
|  |
| **Teléfono fijo Teléfono celular Profesión** |
|  |
| **Domicilio N°, villa o población Comuna** |
|  |
| **Correo electrónico:** |
| **Apoderado académico : Apoderado responsable del pago:** |

**DATOS DEL PADRE**

|  |
| --- |
|  |
| **RUT: Fecha Nacimiento** |
|  |
| **Paterno Materno Nombres** |
|  |
| **Teléfono fijo Teléfono celular Profesión** |
|  |
| **Domicilio N°, Villa o Población Comuna** |
|  |
| **Correo electrónico:** |
| **Apoderado académico : Apoderado responsable del pago:** |

**OTROS HERMANOS EN EL COLEGIO (Indicar curso año 2021):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre completo:** | **Curso:** |
| **Nombre completo:** | **Curso:** |
| **Nombre completo:** | **Curso:** |
| **Nombre completo:** | **Curso:** |

**SALUD DEL ALUMNO(A)**

|  |
| --- |
| Factor RH- Grupo sanguíneo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Previsión salud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tiene seguro escolar, entidad privada: Sí\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ \_¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **1.** Indique si el alumno(a) ha sufrido alguna enfermedad grave anotando el año en que se produjo y cuál\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **2.** Indique si el alumno (a) ha seguido o sigue algún tratamiento neurológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, etc. Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál?, especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **3.** ¿Padece alguna enfermedad crónica (enfermedad de larga duración, por lo general de progresión lenta)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **4.** ¿Es el alumno(a) alérgico a algo? Sea específico en el caso de una respuesta afirmativa  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **5.** ¿Presenta el alumno(a) alguna enfermedad que lo obligue a ser tratado con medicamentos específicos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Enfermedad a tratar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Medicamento Dosis/ Horario  **6.** ¿El alumno(a) ha sido operado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **7.** ¿El alumno(a) Tiene: a) Problemas de Visión: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ ¿Especificar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b) Problemas de Audición: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_ ¿Especificar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **8.** Recordar que en caso de accidente escolar, conforme seguro escolar el alumno(a) es derivado al Hospital El Carmen de Maipú, ¿En caso de no poder contactar al apoderado, está de acuerdo en que se derive directamente? SI \_\_\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_\_\_  **9.** A quien autoriza para retirar a su hijo(a) del Colegio en caso de evacuación, incendio u otra emergencia:  Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Le recordamos que esta información es confidencial. |