Información de Salud
(Para salidas fuera del Colegio)

I. Datos Personales:

Nombre alumno/a:	
Fecha de nacimiento:	Edad:

II. Alergias: Si su hijo/a presenta algún tipo de alergia, por favor marque con una cruz **(X)** el tipo de alergia. También indique el medicamento que toma y la dosis.

Tipo de Alergia	Nombre Medicamento	Dosis
Respiratoria		
Alimentaria		
A Animales		
A Insectos		
Otras		

III. Medicamentos que usa habitualmente: debe llevarlos

	Nombre Medicamento	Dosis
En caso de alergia		
En caso de dolor de cabeza		
En caso de dolor de oídos		
En caso de dolor abdominal		
En caso de dolor menstrual		
Otros		

IV. Otras Enfermedades Pre-existentes:

Enfermedad: _____

Medicamento que usa habitualmente: _____

Dosis indicada por su médico: _____

V. Tratamiento Médico Actual:

Enfermedad: _____

Medicamento que usa habitualmente: _____

Dosis indicada por su médico: _____

VI. Medicamentos contraindicados:

VII. Otra información que usted considere de importancia indicar:

_____

_____

_____

_____

_____

NOTA IMPORTANTE:

Si su hijo/a es ***asmático debe llevar su inhalador****. Si debe tomar un* ***medicamento especial debe llevar las dosis necesarias*** *para el tiempo que dure el viaje y/o actividad. Además, si usa algún tipo de prótesis, indíquela por favor.*

El profesor a cargo del grupo llevará un botiquín de primeros auxilios.

Nombre apoderado/a: _____

Firma apoderado/a: _____

Fecha: _____