

FICHA DE SALUD 2025

Señor Apoderado:

Con la finalidad de prevenir y constatar de las condiciones óptimas de salud de su hijo (a) para las actividades de exigencia física propias del plan de clases en la asignatura de Educación Física y antecedentes para actividades del establecimiento educacional (salidas pedagógicas, aniversario etc. ) , le solicitamos un informe médico para ser presentado la primera semana de marzo de 2025 con destino al registro de Enfermería .

- NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_
- CURSO: \_\_\_\_\_
- CÉDULA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_
- FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
- ÍNDICE DE MASA CORPORAL: \_\_\_\_\_ CIRCUNFERENCIA DE CINTURA: \_\_\_\_\_
- PRESIÓN ARTERIAL EN REPOSO: \_\_\_\_\_
- PULSO NORMAL EN REPOSO: \_\_\_\_\_
- ESTADO NUTRICIONAL: DESNUTRIDO\_\_\_DELGADO\_\_\_NORMAL\_\_\_SOBREPESO\_\_\_OBESO\_\_\_OBESO MÓRBIDO\_\_\_
- ANTECEDENTES PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES SI\_\_\_ NO\_\_\_
- ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SI\_\_\_NO\_\_\_ PARENTESCO\_\_\_\_\_.
- ENFERMEDADES CRÓNICAS: SI\_\_\_ NO\_\_\_ HIPERTENSIÓN\_\_\_ DIABETES\_\_\_ ASMA\_\_\_ CEFALEAS\_\_\_EPILEPSIA\_\_\_
- OTRAS\_\_\_\_\_
- TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_
- ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS: \_\_\_\_\_
- ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS ÓSEOS O MUSCULARES (ESCOLIOSIS, LORDOSIS, FRACTURAS, LUXACIONES, PIE PLANO): \_\_\_\_\_

CERTIFICADO MÉDICO

YO \_\_\_\_\_ QUILPUÉ, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
C.I \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE \_\_\_\_\_ ALUMNO(A) DEL CURSO \_\_\_\_\_ DEL  
COLEGIO PASIONISTAS, POSEE SALUD COMPATIBLE PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

TIMBRE Y FIRMA MÉDICO

EL ESTABLECIMIENTO SOLICITA AL APODERADO PONER EN CONOCIMIENTO CUALQUIER CAMBIO DE CONDICIÓN DE SALUD, CON LA FINALIDAD DE PREVENIR Y PROTEGER AL ALUMNO. SI NO PRESENTA EL CERTIFICADO, EL APODERADO DEJARÁ POR ESCRITO LA CONSTANCIA QUE SU HIJO NO PRESENTA PROBLEMAS DE SALUD.

DECLARACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ APODERADO DE \_\_\_\_\_  
DEL CURSO \_\_\_\_\_, DEL COLEGIO PASIONISTAS DE QUILPUÉ , DEJO CONSTANCIA QUE MI HIJO(A), NO PRESENTA PROBLEMAS DE SALUD PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA ASIGNATURA DE EDUCACIÓN FÍSICA, POR LO TANTO , POR DECISIÓN PROPIA, LIBRE Y VOLUNTARIA HE RESUELTO NO LLEVAR A MI HIJO(A) AL MÉDICO PARA LA FICHA DE SALUD DEL COLEGIO

Nombre Apoderado: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_