**ANTECEDENTES DEL POSTULANTE**

1. **Identificación del Alumno(a)**

Nombre del Alumno(a):

Fecha Nacimiento: R.U.T.: Edad: Dirección: Comuna:

Fono Domicilio: Fono móvil: Mail:

Establecimiento Educacional de procedencia:

 Presenta alguna discapacidad: NO SI Indique tipo y nivel de discapacidad

 Pertenece a alguna de las etnias reconocidas en el país: NO SI Indique su etnia

# Grupo Familiar con quien vive el alumno

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **PARENTESCO** | **EDAD** | **ESCOLARIDAD** | **OCUPACIÓN** | **LUGAR (trabajo/estudio)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nombre del Padre:

Profesión o Actividad:

Fono móvil:

Fono casa:

Dirección (Partic.): Mail:

**Nombre de la Madre:**

Profesión o Actividad: Fono móvil: Fono casa:

Dirección (Partic.): Mail:

Nombre del apoderado: 1.

En caso de urgencia avisar a:

NOMBRE Parentesco Teléfono Casa

Teléfono Celular

1.

2.

3.

# Es responsabilidad del apoderado mantener estos números de contacto telefónico actualizados.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. Antecedentes de Salud** |  | **Grupo Sanguíneo y Rh** | : |
| Hospitalizaciones: Si No: | Fecha: Causa:  |
| Intervenciones quirúrgicas: Sí No Mencionelas:  |
| Enfermedades y/o Cuadros Clínicos |
|  | Epilepsia |  | Diabetes |  |  | Patología cardiaca |  |
|  | Asma |  | Jaquecas |  |  | Gastritis |  |
|  | Úlcera |  | Colon Irritable |  |  | Desmayos |  |
| Crisis convulsivas febriles | Déficit Atencional |  |  | Otros |   |
| **Alergias:** |  |  |  |  |  |  |  |
| Medicamentos |   | Alimentos |  |  |  |  |
|  |  | (nombrar) |  |  |  | (nombrar) |  |
| Respiratorias | Picaduras insectos |  | Otras: |   |
| Traumatismos encefalocraneanos y/o musculo-esqueleticos: Si No Menciónelos:  |
| Vacunas al día: | **Sí** | **No** |  **Vacunas Complementarias** (menciónelas) |
|  |  |
|  |
|  Utiliza algún medicamento de uso permanente: Si No  Indique diagnóstico médico  |
| YO Certifico que la información en esta ficha de salud corresponde a la realidad.  |
|  (Apoderado) |
|  |
|  |
|  |