**Imagen que contiene Icono

Descripción generada automáticamenteANTECEDENTES 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) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |