



Exzellente
Deutsche
Auslandsschule



FICHA DE SALUD DEUTSCHE SCHULE VALAPARAÍSO

Nombre del alumno(a) _____

RUT alumno _____ Curso 2025: _____

Fecha de nacimiento _____

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

1.- Nombre _____

Relación con el alumno _____

Fono domicilio _____ Fono Trabajo _____ Celular _____

2.- Nombre _____

Relación con el alumno _____

Fono domicilio _____ Fono Trabajo _____ Celular _____

Datos del alumno:

* ¿El alumno padece algún tipo de alergia? NO SI

* Indique qué tipo de alergia o a qué?: _____
(Respiratoria, alimentaria, a medicamentos, etc.)

* ¿Padece alguna enfermedad de importancia o enfermedad crónica? NO SI

¿Cuál? _____

* Padece de alguna condición psicoemocional NO SI

¿Cuál? _____



Exzelle
Deutsche
Auslandsschule



*¿Le han realizado alguna cirugía?

NO SI

Motivo _____

* ¿Requiere de algún procedimiento especial en caso de emergencia?

NO SI

* ¿Usa algún medicamento permanentemente o de uso prolongado?

NO SI

Nombre del medicamento _____

*¿Trae consigo el medicamento que usa permanentemente

NO SI

OBSERVACIONES:



Exzellige
Deutsche
Auslandsschule



Yo, _____ apoderado del alumno
_____ del curso 2025 _____ autorizo que, EN
CASO DE EMERGENCIA, mi hijo(a) sea retirado(a) por las siguientes personas:

(aparte de las personas autorizados en el anverso de esta ficha)

Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono de Contacto

Fecha _____

Firma _____