



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? \_\_\_\_\_



Exzellente  
Deutsche  
Auslandsschule



**DAS**   
Deutsche Auslandsschulen  
International

\*¿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:**[illegible]



Exzellente  
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 \_\_\_\_\_