



FICHA MÉDICA ALUMNOS 2024

ANDRÉE ENGLISH SCHOOL

Nombre Estudiante: _____

Curso: _____



De la Administración de Medicamentos Durante la Jornada Escolar

El código sanitario DFL N° 725/67 establece que la administración de medicamentos debe ser acompañada por una indicación médica. Esta prescripción debe señalar la dosis (mg, mcg, UI, etc.), vía de administración (VO, IM, SBL, entre otras) y frecuencia.

No se administrarán medicamentos que no cuenten con indicación médica, ya que sería una falta del ejercicio de la profesión de enfermería, este documento debe hacerse llegar vía agenda escolar o digitalmente a enfermera con copia a su profesora jefe de su hijo/a. La vigencia de esta receta médica máxima es de 6 meses.

Los medicamentos siempre deben venir en su envase original (tira). Se debe poder apreciar el nombre del fármaco y presentación. No se aceptarán medicamentos sueltos o en envases alternativos.

Código Sanitario 725/67 Artículo 113°.-

Se considera ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano todo acto realizado con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o consultantes, en forma directa o indirecta, por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, quienes cumplan funciones de colaboración médica, podrán realizar algunas de las actividades señaladas, siempre que medie indicación y supervigilancia médica. Asimismo, podrán atender enfermos en caso de accidentes súbitos o en situaciones de extrema urgencia cuando no hay médico-cirujano alguno en la localidad o habiéndolo, no sea posible su asistencia profesional.

Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

I. Información Personal Alumno

Nombre Completo Alumno	
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AÑO)	
RUT	
Curso	
Nombre Mamá	
Teléfono de contacto mamá	
Nombre Papá	
Teléfono de contacto papá	
Nombre del Tutor o apoderado (si corresponde)	
Previsión	
Seguro de accidente (institución)	
Teléfono en caso de Urgencia y nombre del contacto	1. 2. 3.

II. Antecedentes de Salud

Grupo y RH	
¿Su hijo/a presenta alguna condición médica que sea importante conocer?	SI NO
Señale cuál o cuáles	
Toma algún medicamento en forma regular (señale nombre/dosis y frecuencia)	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
Tiene antecedentes de Alergia	SI NO
Nombre los alimentos o medicamentos contraindicados o que provocan las alergias	1. 2. 3. 4. 5. 6.

Requiere algún tipo de medicamento para el tratamiento de la Alergia	SI NO
Ha presentado cuadros de Anafilaxia o estridor laríngeo, edema párpados, dificultad respiratoria previos	SI NO

III. Estado vacunación

Estado vacunación Programa Nacional de inmunizaciones (PNI) y COVID	COMPLETA INCOMPLETA SIN VACUNAS
---	---

SE LES SOLICITA MANTENER ACTUALIZADA LA SITUACIÓN DE SU HIJO/A, CUALQUIER CAMBIO RELEVANTE EN EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO

Firma apoderado