



Pequeñas Hermanas
Misioneras de la Caridad
(Don Orión)

COLEGIO MATER DEI

Lo Errazuriz # 186 Cerrillos
Fono: 5571552 Fax: 5382900



FICHA DE LA ALUMNA

Esta ficha es absolutamente confidencial, sólo será conocida por las autoridades del colegio y por su profesora jefe con el fin de lograr un mejor conocimiento de las alumnas durante su permanencia en el establecimiento y en caso de emergencia. Para ello, solicitamos a usted contestar responsablemente todos los ítems, para la información del colegio respecto a su alumna sea correcta y completa.

I ANTECEDENTES GENERALES

NOMBRE DE LA ALUMNA: _____

CURSO/ AÑO SGTE: _____

R.U.T.

									-	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **AÑO ESCOLAR:** _____

NACIONALIDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ **COMUNA:** _____

TELÉFONO: _____ **MAIL:** _____

CURSO QUE INGRESÓ: _____ **FECHA DE INGRESO:** ____/____/____

REPITENTE: SI NO **COLEGIO DE PROCEDENCIA:** _____

VIVE CON: _____

NUMERO DEL GRUPO FAMILIAR: _____ **NUMERO DE HERMANOS:** _____

PREVISIÓN: _____

CASA: PROPIA ARRENDADA ALLEGADA

RENTA FAMILIAR: \$ _____

TIENE FAMILIARES EN EL COLEGIO: SI NO

SI SU RESPUESTA ES SÍ ESPECIFIQUE ¿QUIEN? : _____

II ANTECEDENTES FAMILIARES

1.- DATOS DEL PADRE

NOMBRE COMPLETO: _____

RUT:

									-	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

DIRECCIÓN: _____ **COMUNA:** _____

ESTADO CIVIL: _____

TELEFONO: _____ **CELULAR:** _____ **MAIL:** _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ **TRABAJO O PROFESIÓN:** _____

CANTIDAD DE AÑOS DE ESTUDIOS: PRE-BASICA-BÁSICA: ____ MEDIA: ____ SUPERIOR: ____

DIRECCIÓN LABORAL: _____ **COMUNA:** _____

TELEFONO LABORAL: _____ **PREVISIÓN:** _____

CASA: PROPIA ARRENDADA ALLEGADO

IV ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

RESPONDE SI O NO SEGÚN CORRESPONDA, ESPECIFIQUE QUE FAMILIAR DIRECTO PADECE LA ENFERMEDAD.

ENFERMEDAD	SI	NO	¿QUIÉN?
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
DIABETES MELLITUS			
EPILEPSIA			
ASMA			
ENFERMEDAD CARDIACA			
CÁNCER			
TRASTORNOS EMOCIONALES			
OTRAS			

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (CIRUGÍAS) DEL ALUMNO. ESPECIFIQUE EL AÑO EN QUE SE REALIZÓ.

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	PARA QUE LO USA

ALERGIAS	SI	NO	ESPECIFIQUE
A MEDICAMENTOS			
AMBIENTALES			
ALIMENTOS			

CONTRAINDICADOS:

EN CASO EMERGENCIAS

AVISAR A: -----

TELEFONO RED FIJA: -----

INFORMACIÓN ADICIONAL

USTED CONSIDERA QUE EXISTE ALGÚN ASPECTO IMPORTANTE DE LA SALUD DE LA ALUMNA QUE NO HA SIDO MENCIONADO ANTERIORMENTE, POR FAVOR EXPLÍQUELO A CONTINUACIÓN.

- CUANDO LA GRAVEDAD DEL EVENTO LO REQUIERA, EL COLEGIO UTILIZARÁ LOS SERVICIOS MÉDICOS MÁS CERCANO, DEBIENDO EL APODERADO CANCELAR LA TOTALIDAD DE LOS GASTOS EN QUE SE INCURRA.
- EN CASO QUE SE REQUIERA, EL COLEGIO TRANSPORTARÁ A LA ALUMNA AL CENTRO MÉDICO RESPECTIVO DEBIENDO EL PADRE HACERSE RESPONSABLE DE LOS COSTOS ADICIONALES QUE EVENTUALMENTE SE GENEREN.
- SI SU HIJA REQUIERE ALGÚN TRATAMIENTO ESPECÍFICO POR ESTAS U OTRAS PATOLOGÍAS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR, ACÉRQUESE A LA INSPECTORÍA/PROFESOR JEFE PARA ENTREGAR LA INDICACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.

V ANTECEDENTES ESPECIALES DE LA ALUMNA

¿OBSERVA PROBLEMAS DE APRENDIZAJE? SI NO

¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON?

SICOPELAGOGO SI NO

NEUROLOGO SI NO

¿CON OTRO TRATAMIENTO? EXPLIQUE: _____

HA ESTADO EXIMIDA O CON EVALUACIÓN DIFERENCIADA SI NO

LA RAZÓN FUE: _____

¿PRESENTA CERTIFICADO: ? SI NO

VI PERSONA QUE RETIRA A LA ALUMNA DEL COLEGIO (AL TERMINO DE LA JORNADA U OTRA CAUSA JUSTIFICADA)

NOMBRES	RUT	TELEFONOS

AL SOLICITAR LA MATRÍCULA DE MI PUPILA ARRIBA INDIVIDUALIZADA ASUMO LA REPRESENTACIÓN TOTAL COMO APODERADO/A ACEPTANDO LAS NORMAS INHERENTES A LA CUALIDAD DE MI PUPILA DEL COLEGIO MATER DEI EN ESPECIAL ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LA NORMATIVA INTERNA, LOS ARANCELES DE COLEGIATURA, LOS COMPROMISOS DE PAGOS Y CUALQUIER OTRO REQUERIMIENTO DEL COLEGIO, RELACIONADO CON EL FUNCIONAMIENTO DE MI PUPILA(AS).

EN CASO DE NO PODER ASISTIR A REUNIONES O CITACIONES DEL COLEGIO, ACTUARÁ COMO SUPLENTE DON/ÑA:

NOMBRE DEL APODERADO SUPLENTE: _____

RUT: _____

FIRMA DEL APODERADO SUPLENTE: _____

FIRMA DEL APODERADO TITULAR: _____

SOLICITAMOS DAR AVISO INMEDIATO DE CUALQUIER MODIFICACION A ESTE FORMULARIO

QUIEN FIRMA A CONTINUACIÓN, DECLARA QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTA FICHA CORRESPONDE A LA REALIDAD.

NOMBRE Y FIRMA APODERADO RESPONSABLE

FECHA ____ DE _____ DEL _____