



# “COLEGIO DE ASIS”

## FICHA DE MATRICULA

Curso: \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_ **AÑO ESCOLAR 2024**

### **I.-ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
/ /					
Fecha de Nacimiento		Ciudad		R.U.N.	
Domicilio		Número		Villa	
En caso de emergencia avisar a				Fono	

El alumno vive con:

Ambos padres		Papá		Mamá		Abuelos		Otros	
--------------	--	------	--	------	--	---------	--	-------	--

### **a) ANTECEDENTES ESCOLARES DEL ESTUDIANTE**

Procedencia		Curso(s) que ha repetido	

**b) Complete con una X.** Tiene o ha tenido problemas:

	SI	NO		SI	NO
Auditivos			Psicológico		
Visuales			Neurológico		
Dental			Psicopedagógico		
Traumatológico			Otro		

c) Detalle el tratamiento que recibe (por alguna causa anterior u otro no especificado anteriormente ) e indique qué medicamentos debe ingerir:

---

---

---

d) Quién cuida del menor los días de semana, **fuera del horario escolar?**

Papá	Mamá	Abuela (o)	Hermano(a)	Tía (o)	Otro Familiar	No familiar



**IV.- SITUACIÓN SOCIO - ECONÓMICA - MARQUE CON UNA "X"**

Estado civil de los Padres:		casados		separados		viudo(a)		convivientes	
Nº de hijos		Lugar que ocupa el ALUMNO(A) entre sus hermanos:							
Cantidad de personas que habitan en la casa						Nº Hermanos :			
Nombre hermano(a):		_____		Edad: _____		Lugar de Estudio: _____			
Nombre hermano(a):		_____		Edad: _____		Lugar de Estudio: _____			
Nombre hermano(a):		_____		Edad: _____		Lugar de Estudio: _____			
Vivienda	1º	Propia		Arrendada		Allegados			
	2º	Sólida		Madera		Otros			
	3º	Agua potable		Luz eléctrica		Alcantarillado			

**V.- ANTECEDENTES DE SALUD**

Peso: _____	Estatura: _____	Grupo Sanguíneo/RH: _____
-------------	-----------------	---------------------------

a) Indique con una "x" si el estudiante (a) presenta alguno de los siguientes antecedentes:

<input type="checkbox"/>	Migraña Infantil	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Cólico abdominal recurrente	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	Alteraciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	Uso de plantillas
<input type="checkbox"/>	Alteraciones de crecimiento	<input type="checkbox"/>	Dificultad presión arterial
<input type="checkbox"/>	Alteraciones visuales	<input type="checkbox"/>	Alteraciones auditivas
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Columna
<input type="checkbox"/>	Obesidad Infantil	<input type="checkbox"/>	Alergia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	Alteraciones musculares o Articulares

b) Detalle el tratamiento que recibe (por alguna causa anterior) y qué medicamentos debe ingerir:

---



---



---

c) El estudiante ha sido diagnosticado por un médico con alguna enfermedad crónica?

SI		NO		NO SABE	
----	--	----	--	---------	--

d) ¿Qué enfermedad crónica le fue diagnosticada? Marque con una X

Asma	Bronco pulmonar	Diabetes	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad respiratoria	Enfermedad cardiaca	Otra. Cuál?
<input type="checkbox"/>							

Enfermedad Tratada	Si - No	Año	Medicamentos que no puede ingerir

## VI.- DE LAS CLASES DE EDUCACION FISICA

- a) El estudiante presenta alguna de las siguientes patologías diagnosticada por un especialista que lo imposibilite de realizar actividad física en la asignatura de Educación Física ?

	SI	NO	En Tratamiento ¿Cuál?
Enfermedad cardiovascular preexistente			
Insuficiencia cardiaca			
Taquicardia			
Arritmia			
Soplo cardíaco			
Asma crónica			
Obesidad			
Hipertensión			

Si la respuesta es positiva, debe hacer llegar el certificado médico, hasta fines de Marzo, el Médico debe especificar el diagnóstico, qué tipo de actividades, deporte o ejercicios son contraindicados. Debe venir el original con la firma, timbre y Rut del especialista.

- b) Indique si al estudiante le ha realizado alguno de estos exámenes cardiovascular preventivo:

Examen	SI	NO
Electrocardiograma		
Test de esfuerzo		

- c) Indique el año del último examen cardiovascular preventivo realizado al estudiante:

Año	
-----	--

- c) Indique si el diagnóstico médico lo imposibilita de la actividad física para las clases Educación Física

SI		NO	
----	--	----	--

### **IMPORTANTE:**

Es responsabilidad de los padres a cargo del menor realizar los chequeos y exámenes preventivos que **ayuden a alertar en caso de riesgo cardiovascular, (epilepsia) u otra patología, e informar** al Establecimiento para adecuar la metodología y planificación en las clases de Educación Física según el informe médico.

En consecuencia, debe hacer llegar el certificado médico que acredite al alumno **APTO para realizar actividad física hasta el 30 de Marzo.**

