



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



MEDIZINISCHE AUSKUNFT

Este formulario **debe ser completado por el médico de cabecera o tratante** (de tener) **y firmado por éste y sus tutores**). El certificado no es válido si es extendido por un familiar del o de la menor.

Dieses Formular **muss ausgefüllt von den Erziehungsberechtigten unterzeichnet werden**. Diese Auskunft ist nicht gültig, wenn sie von einem Verwandten des Kindes ausgestellt wurde.

Falls es Auffälligkeiten in der Krankengeschichte des/der Bewerbenden gibt, muss dieses Formular von einem **behandelnden Arzt** unterzeichnet werden.

Datos del o de la menor / Information des Kindes

Nombre completo/Vollständiger Name: _____

Curso/Klasse: _____ RUT (chilenos) / Passnummer (deutsche): _____

Fecha nacimiento / Geburtsdatum: _____ Edad/Alter: _____

Dirección y comuna/Adresse: _____

Teléfono/Telefonnummer: _____

En caso de emergencia avisar a/In Notfällen wenden Sie sich bitte an:

- Madre o tutora / Mutter oder Erziehungsberechtigte: _____
Celular/Handynummer: _____
Oficina o casa/ Büro oder privat: _____
- Padre o tutor / Vater oder Erziehungsberechtigter: _____
Celular/Handynummer: _____
Oficina o casa/ Büro oder privat: _____
- Otro / Jemand anderen: _____
Relación con el o la menor / Beziehung zum Kind: _____
Celular/Handynummer: _____



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



Antecedentes de salud / Gesundheitliche Vorgeschichte

Peso/Gewicht (kg): _____

Altura/Größe (mts): _____

Grupo sanguíneo / Blutgruppe: _____

Presión arterial / Blutdruck (optional): _____

Isapre o Fonasa / Krankenversicherung: _____

Antecedentes familiares / Familiärer Hintergrund

Marque si en **la familia** existen antecedentes de éstas u otras condiciones médicas que deban ser consideradas / Markieren Sie, ob es in Ihrer Familie diese oder andere Erkrankungen gibt, die berücksichtigt werden müssen:

- () Enfermedad cardíaca / Herzerkrankungen () Enfermedad pulmonar / Lungenerkrankung
() Hipertensión arterial / Bluthochdruck () Diabetes
() Epilepsia / Epilepsie () Asma / Asthma
() Trastornos psicoafectivos / Psychoaffektive Störungen
() Otros / Andere: _____

Alergias / Allergien

Marque si el o la menor tiene alguna de las siguientes alergias, especificando el **tratamiento** recetado por médico tratante / Markieren Sie, ob das Kind eine der folgenden Allergien hat, und geben Sie an welche Behandlung der behandelnde Arzt verordnet hat:

() a medicamentos / gegen Medikamente Cuáles y tratamiento / Welche und Behandlung:

() a alimentos / gegen Lebensmittel Cuáles y tratamiento / Welche und Behandlung:

() Respiratoria / der Atemwege Cuáles y tratamiento / Welche und Behandlung:

() Otras / Andere Cuáles y tratamiento / Welche und Behandlung:

Patologías / Pathologien



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



Marque si **el o la menor** tiene o ha tenido alguna de las siguientes **condiciones y señale el tratamiento recetado** por médico tratante / Markieren Sie, ob das Kind an einer der folgenden **Krankheiten** leidet und geben Sie die vom behandelnden Arzt **verordnete Behandlung** an:

() Enfermedad cardíaca / Herzerkrankungen Tratamiento / Behandlung:

() Enfermedad pulmonar / Lungenerkrankung Tratamiento / Behandlung:

() Epilepsia / Epilepsie Tratamiento / Behandlung:

() Diabetes Tratamiento / Behandlung:

() Depresión / Depression Tratamiento / Behandlung:

() Enfermedades del sist. inmunológico / Störungen des Immunsystems Tratamiento / Behandlung:

() Sonambulismo / Schlafwandeln Tratamiento /
Behandlung:

() Sarampión, Rubéola, Hepatitis, Varicela, Apendicitis Tratamiento / Behandlung:
/ Masern, Röteln, Hepatitis, Windpocken, Blinddarmentzündung

() Cefalea crónica / Chronische Kopfschmerzen Tratamiento / Behandlung:

() Alergias / Allergien Tratamiento / Behandlung:

() Otra / Andere Tratamiento /
Behandlung:



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



Si usted considera que existe alguna otra condición de salud del alumno/la alumna que no haya sido mencionada anteriormente, por favor explique a continuación

/ Wenn Sie der Meinung sind, dass es einen anderen Gesundheitszustand des Schülers/der Schülerin gibt, der oben nicht erwähnt wurde, erklären Sie dies bitte unten

¿Consume el alumno(a) algún medicamento regularmente? Nimmt der Schüler/die Schülerin regelmäßig Medikamente ein? Cuáles? / Welche?

¿Ha estado en tratamiento por alguna de estas enfermedades? / Wurden Sie wegen einer dieser Krankheiten behandelt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Trastornos depresivos / Depressive Störungen |
| <input type="checkbox"/> Bulimia / Bulimie | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas ilícitas / Illegaler Drogenkonsum |
| <input type="checkbox"/> Consumo alcohol / Alkoholkonsum | |

Si la respuesta es sí, adjunte un informe completo del médico tratante incluyendo los medicamentos que le fueron prescritos. Asimismo, para resguardar del o la alumno(a) se debe adjuntar un certificado médico que indique que está en condiciones psicológicas para participar en el programa de intercambio.

IMPORTANTE:

La incorporación en una familia extranjera, en un colegio y en una comunidad requiere de ajustes que implican estrés emocional. Si el o la alumno(a) presenta actualmente dificultades emocionales, éstas pueden verse agravadas por las exigencias de tener que adaptarse a circunstancias inesperadas del programa. Por lo tanto, se le pide que evalúe cuidadosamente la condición actual y el tratamiento, junto con su capacidad para manejar las ansiedades de adaptación y estrés en un medio ambiente exterior foráneo.



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



/ Wenn ja, fügen Sie bitte einen vollständigen Bericht des behandelnden Arztes bei, der auch die verschriebenen Medikamente enthält. Zum Schutz des Schülers/der Schülerin ist außerdem eine ärztliche Bescheinigung beizufügen, aus der hervorgeht, dass er/sie psychisch in der Lage ist, an dem Austauschprogramm teilzunehmen.

WICHTIG!

Die Eingliederung in eine fremde Familie, Schule und Gemeinschaft erfordert Anpassungen, die mit emotionalem Stress verbunden sind. Wenn der Schüler derzeit emotionale Schwierigkeiten hat, können diese durch die Anforderungen der Anpassung an die unerwarteten Umstände des Programms noch verschlimmert werden. Daher werden Sie gebeten, den aktuellen Zustand und die Behandlung sowie Ihre Fähigkeit, Anpassungsängste und Stress in einer fremden Umgebung zu bewältigen, sorgfältig zu beurteilen.

Existe alguna limitación de salud o restricción para realizar actividad física/Es gibt gesundheitliche Einschränkungen oder Einschränkungen bei körperlichen Aktivitäten.

() Si/ Ja () No/ Nein

El/la alumno(a) usa anteojos, lentes de contacto, audífonos u otro implemento de asistencia?/
Trägt der Schüler/die Schülerin eine Brille, Kontaktlinsen, Hörgeräte oder andere Hilfsmittel?

DENTISTA / ZAHNARZT

¿Cuándo fue el último control dental del alumno(a)? Wann war die letzte zahnärztliche Untersuchung des Schülers? _____

El/la usa aparatos de ortodoncia? Trägt er/sie eine Zahnspange? _____

***Se sugiere control dental previo al viaje/ *Zahnärztliche Untersuchung vor der Reise empfohlen**



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



El/la estudiante llevará medicamentos al país de destino? () Si () No - Posología / Wird das Kind
Medikamente in das Zielland mitbringen? () Ja () Nein - Dosierung:

El/la alumno(a) ha tenido las siguientes vacunas / Das Kind hat die folgenden Impfungen erhalten:

- () Sarampión/ Masern () Paperas/ Mumps () Tos Ferina/ Keuchhusten () Tétano/Tetanus
() Rubéola/ Röteln () Poliomiélitis/ Polyomelitis () Hepatitis BCG () Covid-19
() Otros/ andere

Fecha de la última vacunación/ Datum der letzten Tetanusimpfung: _____

Importante

- Esta ficha de salud escolar es válida en el año en curso
- La ficha de salud escolar es confidencial
- Se deja constancia a los apoderados que en la enfermería del Colegio Alemán NO se administrarán medicamentos de ninguna clase (comprimidos, jarabes, inhaladores, etc.) según lo indicado por el Ministerio de Salud; solamente se prestarán los primeros auxilios a los alumnos y luego son derivados según corresponda.
- Los alumnos que son derivados a sus casas deben ser retirados en un plazo prudente, aproximadamente una hora.
- En caso que el alumno deba recibir algún medicamento en el colegio, se debe adjuntar la orden médica con la indicación del medicamento (en caso que el medicamento sea a permanencia, la validez de la orden es de 6 meses, por lo que transcurrido ese tiempo se debe adjuntar una nueva orden médica). Solo se administrarán medicamentos que vengan en sus envases originales y sean entregados directamente a la enfermería, como el Salbutamol u otros antiasmáticos de administración por vías respiratorias. No se administrarán medicamentos inyectables (con la única excepción de la Adreject o Epipen en caso de anafilaxia, y otros medicamentos en caso de riesgo vital; el medicamento así como su receta médica correspondiente deben ser proporcionados por los padres).



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



- Se recuerda que es deber del apoderado informar los cambios en la información de salud entregada, así como la información de contacto que puedan ocurrir en el transcurso del año. El colegio no se hace responsable de posibles problemas por no contar con la información actualizada.
- El apoderado libera al colegio de toda responsabilidad en cuanto a los posibles efectos adversos que pueda presentar el alumno o alumna por la administración de un medicamento, recordando que fue autorizado por el apoderado y especificado en esta ficha.

/Wichtig

- Diese medizinische Auskunft ist für das laufende Jahr gültig.
- Diese medizinische Auskunft ist vertraulich.
- Die Eltern werden darauf hingewiesen, dass die Krankenstation der Deutschen Schule KEINE Medikamente jeglicher Art (Tabletten, Säfte, Inhalatoren usw.) verabreicht, wie es vom chilenischen Gesundheitsministerium verschrieben wurde; den Schülern wird lediglich erste Hilfe geleistet, und sie werden dann gegebenenfalls weiterverwiesen.
- Schüler, die nach Hause geschickt werden, sollten innerhalb einer angemessenen Zeitspanne, etwa einer Stunde, abgeholt werden.
- Falls das Kind in der Schule Medikamente erhalten muss, ist ein ärztliches Rezept mit der Indikation für das Medikament beizufügen (falls das Medikament dauerhaft eingenommen werden soll, gilt das Rezept für 6 Monate, danach muss eine neue ärztliche Verordnung beigefügt werden). Es werden nur Medikamente verabreicht, die in ihren Originalverpackungen direkt in die Krankenstation der Schule geliefert werden, wie z.B. Antiasthmatica, die über die Atemwege verabreicht werden. Es werden keine spritzbare Arzneimittel verabreicht (mit der einzigen Ausnahme von Adreject oder "Epipen" bei Anaphylaxie und anderen Medikamenten bei lebensbedrohlichen Zuständen; die Medikamente und die entsprechende Verschreibung müssen von den Eltern vorgelegt werden).

Autorizo la difusión de esta información a profesores y profesionales que trabajan con mi hijo/a, en pos del cuidado de éste.

() Sí

() No

Ich bin damit einverstanden, dass diese Informationen an Lehrer und Fachleute, die mit meinem Kind arbeiten, weitergegeben werden, um die Interessen meines Kindes zu wahren.



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile



() Ja

() Nein

Yo, al firmar el presente certificado de examinación física del/la estudiante, certifico que contiene todos los antecedentes médicos recientes, que no se ha omitido nada relevante y que el paciente es apto para viajar. Soy consciente de que la omisión de cualquier información podría ser perjudicial para la salud del paciente y puede dar lugar a la finalización prematura del programa de intercambio.

Mit meiner Unterschrift auf dieser Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Schülers bestätige ich, dass diese Bescheinigung die gesamte Krankengeschichte enthält, dass nichts Relevantes ausgelassen wurde und dass der Patient reisefähig ist.

Mir ist bekannt, dass das Auslassen von Informationen der Gesundheit des Patienten schaden könnte und zu einer vorzeitigen Beendigung des Austauschprogramms führen kann.

Nombre y especialidad del médico / Name und Fachgebiet des Arztes (falls notwendig):

Nombre y firma del tutor legal / Name und Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Rut / Passport nummer: _____

Fech a/ Datum: _____



Schüler:innenaustauschprogramm Hamburg - Chile

