



### USO EXCLUSIVO DE SECRETARÍA

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

Fecha Examen de Admisión: \_\_\_\_\_

Fecha y hora Entrevista con P. Rector: \_\_\_\_\_ (previo aviso de Secretaría)

### DATOS DE POSTULANTE

(ESCRIBA TODO CON LETRA IMPRENTA CLARA)

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Postulante:			
Fecha de nacimiento:	RUN:		Nacionalidad:
Curso al que postula:	Jardín Infantil o Colegio del que procede:		
Dirección de Postulante:			Comuna:
Teléfono Casa:	¿Tiene hermanos(as) en el CVDCH? ( ) Si ( ) No ¿En qué cursos? _____		
	¿Tiene hermanos(as) postulando al CVDCH? ( ) Si ( ) No ¿A qué cursos? _____		
Familiares con quienes vive:			( ) Papá Fallecido
( ) Padre ( ) Madre ( ) N° de Hermanos ( ) N° de Hermanas			( ) Mamá Fallecida
Otras personas: _____ Lugar que ocupa entre sus hermanos: ( )			
Nombre de hermanos(as) de mayor a menor			Religión:
Universidad			
1.	_____	_____	
2.	_____	_____	
3.	_____	_____	
4.	_____	_____	
5.	_____	_____	
6.	_____	_____	
7.	_____	_____	
			Bautismo:( )Sí-( )No
			Comunión:( )Sí-( )No
			Confirmación:( )Sí-( )No

**ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL DE LOS PADRES DE POSTULANTE:**

( ) Casados por la Iglesia y/o ( ) Casados por el Civil	Separado ( ) Papá ( ) Mamá	Viudo ( ) Papá ( ) Mamá	Anulado ( ) Papá ( ) Mamá	Divorciado ( ) Papá ( ) Mamá	Soltero ( ) Papá ( ) Mamá
------------------------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

**DATOS DEL PADRE**

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de Nac.:	RUT:	Tel. Part.:	Comuna:
Estudios: ( ) Básica ( ) Media ( ) Técnica ( ) Universitaria			
Exalumno de algún colegio de la Congregación del Verbo Divino: ( ) Sí ( ) No Cuál: _____			
Profesión:	Apoderado académico ( ) Sí ( ) No		Apoderado pago de cuentas ( ) Sí ( ) No
Empresa donde trabaja:			
Cargo que desempeña:			
Dirección Comercial:			
Fono Comercial:		Celular:	
E-Mail: (letra de imprenta clara y legible)			

**DATOS DE LA MADRE**

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de Nac.:	RUT:	Tel. Part.:	Comuna:
Estudios: ( ) Básica ( ) Media ( ) Técnica ( ) Universitaria			
Exalumno de algún colegio de la Congregación del Verbo Divino: ( ) Sí ( ) No Cuál : _____			
Profesión:	Apoderado académico ( ) Sí ( ) No	Apoderado pago de cuentas ( ) Sí ( ) No	( ) Sí ( ) No
Empresa donde trabaja:			
Cargo que desempeña:			
Dirección Comercial:			
Fono Comercial:		Celular:	
E-Mail: (letra de imprenta clara y legible)			

**FICHA MÉDICA DE POSTULANTE**

Nombre:		Curso:
Fecha de Nacimiento:		RUT:
Dirección:		Comuna:
Grupo Sanguíneo	Nombre de Isapre:	Clínica de Seguro Escolar:

**EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A**

Persona de Contacto en caso de Emergencia:	Teléfonos de Emergencia:
Persona de Contacto en caso de Emergencia:	Teléfonos de Emergencia:
Persona de Contacto en caso de Emergencia:	Teléfonos de Emergencia:

**ANTECEDENTES DEL EMBARAZO**

Tipo de Parto:     (    ) Normal                   (    ) Cesárea		
Semanas de Gestación	Peso al Nacer:	Talla al Nacer:
Problemas en el Embarazo: (    ) No   (    ) Sí - Cuáles		
Problemas en el Parto: (    ) No   (    ) Sí - Cuáles		

**ANTECEDENTES DE SALUD**

**HOSPITALIZACIONES**


**ALERGIAS**

<p>Si su hijo (a) ha presentado alguna de las siguientes alergias, indique con detalle:</p> <p>(    ) Medicamentos</p> <p>(    ) Alimentos</p> <p>(    ) Respiratoria</p> <p>(    ) Otras</p> <p><b>Tratamiento:</b> _____</p> <p>_____</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vacunas al día: ( ) Sí ( ) No
Si su hijo (a) ha presentado las siguientes patologías, indique su tratamiento:
( ) Cefalea jaquecosa _____
( ) Crisis convulsivas febriles _____
( ) Patología cardíaca _____
( ) Epilepsia _____
( ) Patología renal _____
( ) Desmayos _____
( ) Problemas oftalmológicos _____
( ) Problemas auditivos _____
( ) Problemas ortopédicos _____
( ) Bronquitis obstructiva _____
( ) Asma bronquial _____
( ) Problemas neurológicos _____
( ) Otros _____

**Nota: Por ordenanza Ministerial, nuestro Establecimiento no puede administrar medicamentos de ningún tipo, ante cualquier eventualidad el apoderado será contactado a los teléfonos indicados en la presente ficha.**

**En los casos de necesidad de traslado urgente, por protocolo el alumno será derivado al centro de Urgencia más cercano al Establecimiento (Clínica Las Condes), posterior a esto el apoderado podrá trasladar al alumno donde estime conveniente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre

Santiago,..... de..... de 20....