



Ficha Médica 2017

Curso:

IDENTIFICACION PERSONAL

Nombre y apellidos: _____

RUN: _____ Fecha Nac.: _____

Sistema de Salud: Fonasa ___ Isapre _____ FFAA ___ Otros _____

Dirección: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular : _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Grupo Sanguíneo: _____

Alergias Antibióticos Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Medicamentos Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Alimentos Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Picaduras Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

Antecedentes de enfermedades e intervenciones quirúrgicas anteriores de importancia

¿Padece alguna enfermedad crónica? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

¿Toma algún medicamento cotidianamente? Sí ___ No ___ ¿Cuál? _____

En caso de emergencia, avisar a:

Nombre: _____ Fono: _____

Nombre: _____ Fono: _____

Firma Apoderado