



FICHA MÉDICA 2018

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 Añoderado