



# Ficha médica



Nombre Completo

Domicilio

Teléfono  Fecha de Nacimiento  /  /  Rut  -

## Antecedentes médicos

Sistema de salud:  **Isapre**   **Fonasa**  **Particular**  **Fuerzas Armadas**

Médico que lo atiende

En que teléfonos se puede ubicar a su médico:

Es alérgico a:  **Medicamentos**  **Alimentos**  **Otros**   
*(indique específicamente a que es alérgico)*

Grupo Sanguíneo  Padece alguna Enfermedad crónica   
*(Cual)*

Ha padecido enfermedades o Intervenciones quirúrgicas de Relevancia (indique cuales)

Se está efectuando algún Tratamiento médico que Requiera de cuidados (describalo)

Está consumiendo algún Tipo de medicamento (indique cual y su horario)

**Observaciones que desee agregar:**

Nombre padre o apoderado \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_