



FICHA MÉDICA

Es importante no omitir ningún dato, si ignora alguno, indique Sin Información (S/I). Si no aplica indique "NO". Ejemplo Alergias:

Ejemplo 1	NO	Ejemplo 2	S/I	Ejemplo 3	PENICILINA
-----------	-----------	-----------	------------	-----------	-------------------

Esta información puede ser vital. Si considera que hay información adicional que el equipo de salud deba conocer, por favor agréguelo al reverso. Esta información será para uso exclusivo del equipo de salud.

INFORMACIÓN MÉDICA			
Nombre:		RUN:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Estatura:	Peso:
GRUPO:	UNIDAD:	DISTRITO:	
En caso de emergencia comunicarse con:		Tel. 1: Tel. 2:	
Previsión: Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		Nombre Previsión:	
Seguro Complementario Salud o Escolar: <input type="checkbox"/>		Institución:	
Fecha de último control dental:		Grupo Sanguíneo con factor RH:	
Si es mujer, marque si se encuentra embarazada <input type="checkbox"/>	Tiempo en semanas	Embarazos anteriores	Fecha última regla (FUR):
Alergias:		Intolerancias:	
<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Plantas Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Otros _____		<input type="checkbox"/> Lactosa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Gluten Especifique _____	
ENFERMEDADES, DOLENCIAS: Indíquelas TODAS (Con o sin tratamiento)			
<input type="checkbox"/> Antec. Litiasis (Cálculos) <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Tiroides (Hipo – Hiper) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad Respiratoria <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Otra (Especifique)	
CIRUGIAS Y TRANSPLANTES: Indique todas las cirugías y/o trasplantes a que haya sido sometida(o) y fecha de intervención			
1)		2)	
MEDICAMENTOS o dispositivos médicos (ej. Auto-inyector), autorizados o prescritos por un médico; indique dosis y horarios			
1)		2)	
3)		4)	
Antecedentes traumáticos: Marque si ha sufrido:		Indique si está en Tratamiento Psicológico, Psiquiátrico o neurológico y su diagnostico	
<input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Esguince <input type="checkbox"/> Luxación Fecha de la lesión _____ Miembro o articulación afectado _____			
NECESIDADES ESPECIALES: Indique todas las necesidades o restricciones especiales, sean estas por razones médicas, religiosas o alimenticias.			
Contacto y Nombre de su Médico o Consultorio Tratante			
Indique si ha estado en el extranjero, el último Año y donde			



FICHA MÉDICA

Entregue esta ficha al responsable de Unidad y hágale saber cualquier precaución o necesidad especial. Recuerde que la ficha es importante desde el momento de iniciar el viaje hasta su regreso. En caso de enfermedad o accidente grave nos pondremos en contacto de inmediato con Usted. Si la situación lo requiere el beneficiario (a) será trasladado al servicio de urgencia más cercano.

Doy fe que la información contenida corresponde a la realidad del beneficiario identificado

Dirigente Responsable

Nombre y firma apoderado