

## FICHA MÉDICA 2016

Nombre: \_\_\_\_\_

R.U.T.: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

Fono particular: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Previsión de salud: \_\_\_\_\_

R.U.N del titular previsión de salud (en caso de ser necesario): \_\_\_\_\_

### Información General

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fono particular: \_\_\_\_\_ F. trabajo: \_\_\_\_\_ F. celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Si la persona anterior no estuviese, contactar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Fono particular: \_\_\_\_\_ F. trabajo: \_\_\_\_\_

F. celular: \_\_\_\_\_

### Alergias y contraindicaciones

Considere medicamentos, alimentos, animales, picada de insectos, agentes ambientales (polvo, pasto, árboles, etc.). Informe que medicamentos no pudiese recibir.

**N I N G U N A** \_\_\_\_\_

Alergia	Reacción	Medicamento Utilizado (si lo hubiese)

Por favor indique los medicamentos que esté usando. Si es necesario usar reverso.

Nombre	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Efectos Secundarios	Motivo de Uso

¿Enfermedades recientes? \_\_\_\_\_

¿Operaciones u Hospitalizaciones? \_\_\_\_\_

¿Exposición reciente a enfermedades contagiosas? \_\_\_\_\_

¿Se le ha diagnosticado asma? Sí \_\_\_ No \_\_\_ si corresponde, indicar medicamentos en tabla superior.

¿Historial de presión arterial alta? Sí \_\_\_ No \_\_\_ si corresponde, indicar signos, síntomas y medicamentos en reverso.

¿Tiene problemas óseos, articulares o musculares? Sí \_\_\_ No \_\_\_ si corresponde indicar en reverso.