

Nombre: _____
 R.U.T.: _____ Fecha Nacimiento: _____
 Dirección: _____ Comuna: _____
 Fono particular: _____
 Estatura: _____ Peso: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Previsión de salud: _____
 R.U.T 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 qué 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

¿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.

 Nombre y firma del apoderado