**FICHA MÉDICA**

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

Peñalolén, Marzo 2020.