



FICHA MÉDICA: GIRA ARTE-HISTORIA 2019.

Nombre: _____ **Curso:** _____

Fecha Nacimiento: _____ Cédula Identidad: _____

Institución Previsional: _____

Titular de la Institución Previsional: _____

RUT del titular: _____

Enfermedad Crónica SI___ NO___ Cuál _____

Grupo Sanguíneo: _____ RH _____

Consume algún medicamento habitualmente SI___ NO___

Cuál _____ Dosis: _____

Es alérgico a algún medicamento SI___ NO___ Cuál _____

Otras alergias: _____

Está autorizado a tomar algún medicamento en forma ocasional SI___ NO___

Cuál _____ En

caso de _____

Está prohibido tomar algún medicamento en especial SI___ NO___

Cuál _____

Observación Especial _____

NOTA: Es esencial si consume algún medicamento en forma habitual o en forma ocasional el envío de las recetas médicas con las indicaciones y dosis correspondientes.

COMIDAS:

Es alérgico o no consume alguna comida SI___ NO___ Cuál _____

Tiene alguna restricción alimentaria SI___ NO___ Cuál _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Teléfonos: _____