

FICHA MÉDICA

Datos Personales:

Nombre: _____ Curso: _____

Fecha Nacimiento: _____ Rut: _____ N° Pasaporte: _____

Previsión: _____ Titular: _____

¿Sufre alguna enfermedad crónica? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

Grupo de sangre: _____

¿Consumes algún medicamento habitualmente? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

Dosis: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

Tratamiento: _____

¿Es alérgico/intolerante a alguna comida? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

Tratamiento: _____

Otras alergias: _____

¿Está autorizado a tomar algún medicamento en forma ocasional? SI ____ NO ____

¿Cuál? Por favor nombrarlos, junto a la dosis y en qué casos:

Nombre medicamento	Dosis	En qué casos

¿Tiene prohibido tomar algún medicamento en especial? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

¿Tiene alguna restricción para el ejercicio físico? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

¿Tiene vacunas contra el Covid?

¿Cuáles? _____

¿Cuántas dosis? _____

En caso de emergencia:

Avisar a: _____

Teléfono(s): _____

Mail: _____

Quien suscribe declara que los medicamentos que el alumno(a) lleva en esta gira están avalados por prescripción médica.

Apoderado(a) _____ Rut _____ Firma _____