

FICHA MÉDICA: GIRA ARTE-HISTORIA 2024

Nombre: _____ Curso: _____

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Cédula Identidad: _____ N° Pasaporte _____

Institución Previsional de Salud: _____ (Indicar nombre)

Nombre del Titular de la Institución Previsional: _____

RUT del titular: _____

¿Sufre alguna enfermedad Crónica? SI ____ NO ____Cuál _____

Grupo Sanguíneo: _____ RH _____

¿Consumes 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 _____

¿Tiene 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: _____

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

Apoderado(a) _____ Rut _____

Fecha ____/____/2024.