**  FICHA MEDICA PERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo** |  |
| **Institución** |  |
| **Cargo** |  |
| **Edad** |  |
| **Rut / Pasaporte** |  |

**Señale tratamientos médicos actuales** (Indique Sí o No)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Usted, consume actualmente medicamentos para… | **Sí** | **No** |
| -Asma |  |  |
| -Diabetes |  |  |
| -Hipertensión |  |  |
| -Obesidad |  |  |
| -AlergiasDetalle a qué |  |  |
| Se ha realizado alguna Operación¿De qué? |  |  |
| Otros medicamentos o consideraciones de salud que sean de importancia |

###### Indique tolerancias o rechazos

|  |  |
| --- | --- |
| Alimenticia | ¿A qué? : |
| Medicamentos | ¿Cuáles? : |

###### Tipo de previsión médica

|  |  |
| --- | --- |
| ISAPRE  | Fonasa |

###### FIRMA