Curso de Rescate Urbano 1

Ficha Médica Previa

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  |
| Alergias  Detalle cuales: |  |  |
| Se ha realizado alguna operación  ¿De qué? |  |  |
| Otros medicamentos o consideraciones de salud que sean de importancia: | | |

Indique tolerancia o rechazos

|  |  |
| --- | --- |
| Alimenticia | ¿A qué?: |
| Medicamentos | ¿Cuales?: |
| ¿Tolera la leche? | Sustitutos: |
| Contraindicaciones: | |
|  | |

Tipo de previsión medica:

|  |  |
| --- | --- |
| ISAPRE detalle | FONASA |
| Otros | Indique: |
| En caso de emergencia avisar a : |  |
| Teléfonos |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Declaro que toda la información detallada es verídica y acredita mi condición de salud para realizar el curso.

Evaluación en cancha

|  |  |
| --- | --- |
| Curso | Rescate Urbano Básico I |