Ficha médica

Nombre Completo

Domicilio

 **/ /**

Teléfono Fecha de Nacimiento Rut

Antecedentes médicos

Sistema de salud: ***Isapre Fonasa Particular Fuerzas Armadas***

XX\*

Médico que lo atiende

En que teléfonos se puede ubicar a su médico:

**Medicamentos** [si] [no] Cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alimentos**  [si] [no] Cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Respiratoria** [si] [no] Cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras alergias [si] [no] Cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [si] [no] Cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Es alérgico a:

Grupo Sanguíneo Padece alguna

 Enfermedad crónica

 ***(Cual)***

Ha padecido enfermedades o

Intervenciones quirúrgicas de

relevancia (indique cuales)

Se está efectuando algún

tratamiento médico que

requiera de cuidados

(descríbalo)

Está consumiendo algún
tipo de medicamento

(indique cual y su horario)

MEDICAMENTOS EN CASO DE:
Indicar nombre del medicamento genérico que le administra a su hijo/a

Cefalea (dolor de cabeza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fiebre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dolor estómago \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dolor menstrual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Autoriza usted que en estos casos se administre el medicamento?

[Si] [No]

Nota: El medicamento será administrado sólo según necesidad.

|  |
| --- |
| ***Observaciones que desee agregar:*** |
|  |
|  |

**Fecha: / /**

 **Firma del apoderado**