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**