



FICHA MÉDICA

NOMBRE COMPLETO ESTUDIANTE:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

FECHA DE NACIMIENTO:

RUT:

ANTECEDENTES MÉDICOS

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

A LOS SIGUIENTES NÚMEROS DE TELÉFONO:

PATOLOGÍA:

MEDICAMENTO:

ES ALÉRGICO:

MEDICAMENTOS

ALIMENTOS

OTROS

(INDIQUE ESPECÍFICAMENTE A QUE ES ALÉRGICO)

Acción 1:

Acción 2

Apoderado 1

Fono:

Apoderado 2

Fono:

SISTEMA DE SALUD:

ISAPRE

FONASA

PARTICULAR

FUERZAS ARMADAS

SEGUROS COMPLEMENTARIOS:

1.-SEGURO COLEGIO ALEMÁN
(BICE VIDA)

2.- SEGURO PRIVADO
(PARTICULAR)

3.- SEGURO NACIONAL ESTATAL

EN CASO DE SER SEGURO PARTICULAR INDIQUE CLÍNICAS DE CONVENIO: