



# FICHA MÉDICA



NOMBRE COMPLETO DEL POSTULANTE:

DOMICILIO:

TELÉFONO:  FECHA DE NACIMIENTO:  /  /  RUT:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

A LOS SIGUIENTES NÚMEROS DE TELÉFONO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

MEDICAMENTO:

ALERGIAS:  SI  NO

MEDICAMENTOS  ALIMENTOS  OTROS

(INDIQUE ESPECÍFICAMENTE A QUÉ ES ALÉRGICO)

---

FIRMA APODERADO DEL POSTULANTE