

FICHA MÉDICA ALUMNOS GIRAS DE ESTUDIO

COLEGIO	
CURSO	
FECHA Y DESTINO (s) VIAJE DE ESTUDIOS	
ALUMNO (Nombres y 2 Apellidos)	
N° CEDULA IDENTIDAD / PASAPORTE	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
NOMBRE COMPLETO APODERADO	
DIRECCION	
COMUNA	
TELEFONO – CORREO ELECTRONICO	
ANTECEDENTES MEDICOS	(DATOS CONFIDENCIALES)
GRUPO Y FACTOR SANGUINEO	
SE ENCUENTRA BAJO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO MEDICO, PSICOLOGICO O PSIQUIATRICO	SI NO CUAL (es) ?
MEDICACION (si procede)	SI NO DOSIS (si procede)
ENFERMEDADES PREEXISTENTES (Asma, Diabetes, Epilepsia, Arritmia, etc.)	SI NO CUAL (es) ?
MEDICAMENTOS o ALIMENTOS CONTRAINDICADOS	
ALERGIA A CONSIDERAR (Fármacos, Comidas u otros)	
VEGETARIANO / VEGANO / CELÍACO / INTOLERANTE A LA LACTOSA, ETC.	SI NO
CUÁL?	
OBSERVACIONES SOBRE ALIMENTACION:	
OBSERVACIONES GENERALES:	
EVENTUAL EMERGENCIA AVISAR A:	
TELEFONO (S) DE EMERGENCIA:	

Cédula de Identidad y Firma del Apoderado