



Ficha medica del peregrino

Nombres				Apellidos			
Rut		-	Pasaporte		Tel. de Contacto		
Dirección							
Tipo de previsión de Salud							
Cuenta con seguro viaje				Fecha de nacimiento			

Enfermedades ya padecidas.

Varicela (peste cristal)	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>

Operaciones realizadas o fracturas sufridas.

1	
2	
3	
4	
5	

Alergias diagnosticadas (marque con una cruz).

Acido acetilsalicílico	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Penicilina	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Huevo	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Anestesia	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Polen	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Polvo	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	

DETALLAR

Enfermedades físicas actuales.

Diabético	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Asmático	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Hipertenso	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	
Celiaco	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	

DETALLAR

Enfermedades mentales/psicológicas (actuales que están en tratamiento o que aun se sufren).

Medicación que toma en forma permanente.

Enfermedad	Medicamento	Cada cuanto/que situaciones se administra



Medicación que frente a determinados episodios deba ser administrada.

<i>Enfermedad</i>	<i>Medicamento</i>	<i>Cada cuanto/que situaciones se administra</i>

Trastornos en la alimentación, o comida que no pueda comer por problemas médicos

<i>Nombre</i>	<i>Motivo</i>

En caso de Urgencia o Emergencia

Nombre de la 1° persona de contacto

Teléfono Teléfono

Nombre de la 2° persona de contacto

Teléfono Teléfono

¿Llevará medicamentos?

En caso afirmativo que cantidad

Notas o aclaraciones que deban tenerse en cuenta ante una eventualidad médica, de urgencia o emergencia:

.....

.....

.....

.....

.....

En el caso de los menores

Firma del apoderado

Nombre y rut:

Nota: Esta ficha es de carácter obligatoria, y la misma debe ser revisada por un adulto.
 Esta ficha es de carácter confidencial y será mantenida bajo reserva.
 Quienes deban llevar medicamentos que son indicados por un medico es conveniente que lleven una receta que indique la enfermedad, medicamento y dosis.