

# Ficha médica Grupo Cumbres GSAP

Nombre Completo

Domicilio

Teléfono  Fecha de Nacimiento  /  /  Rut  -

## Antecedentes médicos

Sistema de salud:  **Isapre**   **Fonasa**  **Particular**  **Fuerzas Armadas**

Médico que lo atiende

En que teléfonos se puede ubicar a su médico:

Es alérgico a:  **Medicamentos**  **Alimentos**  **Otros**   
(indique específicamente a que es alérgico)

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 (describalo) \_\_\_\_\_

Está consumiendo algún Tipo de medicamento (indique cual y su horario) \_\_\_\_\_

Tiene algún tipo de seguro, Cómo opera en caso de ser Necesario \_\_\_\_\_

### Observaciones que desee agregar:
