

Ficha Médica

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ R.U.T: _____

Dirección: _____

Comuna: _____

Teléfono Casa: _____

Sistema de Salud:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fonasa: _____ | <input type="checkbox"/> Isapre: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas | <input type="checkbox"/> Particular |

Relación médica: Médico actual y/o habitual: si no

Nombre : _____
Teléfono fijo: _____
Celular : _____
Fax : _____
E-Mail : _____

Historial de las enfermedades de infancia (es posible señalar varias casillas)

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Roséola | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> No me acuerdo | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Parotiditis | <input type="checkbox"/> Rubéola | |

Precisar otras enfermedades o comentarios (zona de texto):

Enfermedades crónica o de relevancia

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabétes | <input type="checkbox"/> Problemas renales |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos |

Otra: _____

Intervenciones Quirúrgicas de relevancia o Enfermedades Crónicas

Historial infeccioso

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ningún historial infeccioso | |
| <input type="checkbox"/> 01 - Disentería provocada por los amebas | <input type="checkbox"/> 07 - Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> 02 - Hepatitis A | <input type="checkbox"/> 08 - Paludismo |
| <input type="checkbox"/> 03 - Hepatitis B | <input type="checkbox"/> 09 - Neumonía |
| <input type="checkbox"/> 04 - Hepatitis C | <input type="checkbox"/> 10 - Pielonefritis |
| <input type="checkbox"/> 05 - VIH - SIDA | <input type="checkbox"/> 11 - Tuberculosis pulmonar |
| <input type="checkbox"/> 06 - Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> 12 - Otra: _____ |

Historial alérgico

Alergias medicamentosas (es posible señalar varias casillas) :

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 07 - Paracetamol
<input type="checkbox"/> 01 - Antiinflamatorio no esteroidiano (Ibuprofeno, paracetamol, etc)	<input type="checkbox"/> 08 - Penicilina
<input type="checkbox"/> 02 - Aspirina	<input type="checkbox"/> 09 - Quinolona
<input type="checkbox"/> 03 - Cefalospirina	<input type="checkbox"/> 10 - Sulfamida
<input type="checkbox"/> 04 - Iodo	<input type="checkbox"/> 11 - Sulfito
<input type="checkbox"/> 05 - Macrólido	<input type="checkbox"/> 12 - Tetraciclina
<input type="checkbox"/> 06 - Noramidopirina	<input type="checkbox"/> 13 - Xilocaina
	<input type="checkbox"/> 14 - Otra: _____

Alergias NO medicamentosas (es posible señalar varias casillas):

<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> 05 - Alergia al moho
<input type="checkbox"/> 01 - Alergia alimentaria	<input type="checkbox"/> 06 - Alergia a los perfumes
<input type="checkbox"/> 02 - Alergia al contacto de los animales	<input type="checkbox"/> 07 - Alergia a los picaduras de insectos
<input type="checkbox"/> 03 - Alergia al látex	<input type="checkbox"/> 08 - Alergia al polen
<input type="checkbox"/> 04 - Alergia a los metales	<input type="checkbox"/> 09 - Alergia a los polvos de la casa

Precisar otras alergias conocidas o comentarios:

Grupo sanguíneo (Elección única)

<input type="checkbox"/> Grupo ABO-Rh desconocido	<input type="checkbox"/> Grupo B rhesus + (B+)	<input type="checkbox"/> Grupo AB rhesus - (AB-)
<input type="checkbox"/> Grupo A rhesus + (A+)	<input type="checkbox"/> Grupo B rhesus - (B-)	<input type="checkbox"/> Grupo O rhesus + (O+)
<input type="checkbox"/> Grupo A rhesus - (A-)	<input type="checkbox"/> Grupo AB rhesus + (AB+)	<input type="checkbox"/> Grupo O rhesus - (O-)

Datos clínicos

Remedio	Hora	Dosis (cantidad de gotas o pastillas)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Otros tratamientos o comentarios (cuidados especiales):

Estado de vacunas

<input type="checkbox"/> BCG (Tuberculosis)	<input type="checkbox"/> DTP (Difteria, tétano, tos convulsiva)
<input type="checkbox"/> Tresvífica (Rubeola, sarampión, papera)	<input type="checkbox"/> Neumococo
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Toxiode DT (Difteria, tétano)
<input type="checkbox"/> Hemofilus B	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Polio (Poliomelitis)	

Observaciones Generales:

Caso de Emergencia

Apoderado 1

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono Casa: _____

Teléfono Oficina: _____

Celular: _____

E-mail: _____

Apoderado 2:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono Casa: _____

Teléfono Oficina: _____

Celular: _____

E-mail: _____