

FICHA PERSONAL PRIMEROS AUXILIOS



Nombre Completo:
RUT:
Edad:
Fecha de Nacimiento:
Domicilio:
Teléfono de Contacto:
Grupo Sanguíneo:

Antecedentes Alérgicos: SI NO
Medicamento(s):
Alimento(s):
Picaduras de Insectos:

Antecedentes Respiratorios: SI NO
Indicar Antecedente:
Tratamiento:
Medicamento:

Otros Antecedentes Médicos SI NO
Indicar Antecedente:
Tratamiento:
Medicamento:

De encontrarse bajo tratamiento médico, mencionar los siguientes datos:

Tipo de afección:
Medicamento(s):
Dosis:
Duración del Tratamiento:
Otra Indicación:

Firma Apoderado(a)

Viviana Soto Jara
Encargada de Primeros Auxilios