



N°

# FICHA MEDICA

GRUPO SANGUINEO

**DATOS PERSONALES**

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

CIA DE SEGURO \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_

LUGAR DE EVACUACION \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA (A ser llenado por el solicitante)****OBSERVACIONES**

- 1 **Alergia a medicinas o drogas**
- 2 Toma regularmente medicinas (Especificar)  
En caso la respuesta sea SI, favor de ESPECIFICAR
- 3 Pérdida de conciencia por cualquier motivo, mareos o
- 4 Dolor de cabeza
- 5 Transtornos oculares (excepto uso de anteojos)
- 6 Uso de lentes de contacto o convencionales
- 7 Epilepsia o convulsiones
- 8 Asma
- 9 Diabetes
- 10 Problemas estomacales (úlseras, gastritis)
- 11 Problemas cardiacos
- 12 Hipertension Arterial
- 13 Tendencia a Hemofilia
- 14 Problemas Urogenitales
- 15 Desordenes nerviosos (Tic)
- 16 Lesiones en brazos o piernas, incluido COJERAS
- 17 Operaciones (Especificar)
- 18 Otras Enfermedades

SI	NO	
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____
SI	NO	_____

---



---



---

En caso de emergencia, autorizo a cualquier persona calificada a suministrarme el tratamiento necesario médico, quirúrgico, incluido la administración de sangre o derivados sanguíneos.  
 Autorizo igualmente a informar mi condición médica al Director de la Carrera  
 Declaro que la información que he suministrado es verdadero.

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_