



Autorización para participar En campaña doctrinaria

Yo, _____,

Run: _____, apoderado del cadete: _____,

Run _____, perteneciente al curso _____, autorizo para que

participe de la **Campaña doctrinaria** _____, que se efectuará desde el

_____ hasta el _____ del _____. Además, autorizo a quien es el

responsable de la actividad, para que en caso de urgencia y bajo recomendación de un

profesional médico, disponga el tratamiento o intervenciones quirúrgicas que fuesen

necesarias realizar.

Nombre Completo
del apoderado

RUT del
apoderado

Parentesco

Firma del apoderado

En caso de urgencia comunicarse con:

	NOMBRE	FONO 1	FONO 2	CIUDAD
1.				
2.				
3.				

Fecha de misión de este documento: _____



Ficha Médica Personalizada

Antecedentes Personales

Nombre Completo:			
Fecha de Nacimiento:		Run:	
Dirección:			Comuna:
Previsión Salud:		Peso:	Altura:
Mutual:		Grupo Sanguíneo:	Factor RH:
Teléfono Red Fija:		Teléfono Móvil 1:	
Teléfono Móvil 2:		Correo Electrónico:	
Nombre del Padre:			
Nombre de la Madre:			
Nombre del Apoderado:			

Detalle

Marque según Corresponda	A: Padecidas	B: Que Padece	
Sarampión	A – B	Afecciones Hepáticas	A – B
Tos Convulsiva	A – B	Afecciones Respiratorias	A – B
Varicela	A – B	Afecciones Pulmonar	A – B
Bronquitis	A – B	Afecciones Cardiovascular	A – B
Epilepsia	A – B	Afecciones Renales	A – B
Resfrió	A – B	Afecciones de Oídos	A – B
Amigdalitis	A – B	Afecciones a la Vista	A – B
Sinusitis	A – B	Pie Plano	A – B

Detalle alguna afección padecida durante el último mes:

Intervenciones Quirúrgicas:

Apendicitis:	Otras:
Amigdalitis:	Otras:
Hernia:	Otras:

Alérgico a:

Vegetales:	Medicamentos:
Alimentos:	Otros:

Medicamentos que este Tomando:

Medicamento:	Horarios:	Dosis:
Medicamento:	Horarios:	Dosis:
Medicamento:	Horarios:	Dosis:

Vacunas Recibidas

Marque según corresponda	A: recibidas	B: no recibidas
Tétanos	A - B	Paperas
Rubeola	A - B	Hepatitis
Varicela	A - B	TBC
Difteria	A - B	Poliomielitis
Covid-19	A - B	Numero de Dosis recibidas:



Estimado apoderado es de suma importancia que usted complete cada casilla de esta ficha, ya que nos estará facilitando una serie de datos de suma importancia frente alguna eventualidad.

Completar

Si su pupilo padece alguna otra enfermedad, lesión, discapacidad, toma algún medicamento o debe tener una dieta estricta, favor rellenar el cuadro:

--

Nombre
Firma apoderado