

Fecha:

Nombre del empleado (a):

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Edad:

Tipo de sangre:

Talla:

Peso:

Teléfono de casa:

Celular:

### Antecedentes personales

|           |                          |                           |                          |
|-----------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Sarampión | <input type="checkbox"/> | Bronquitis                | <input type="checkbox"/> |
| Varicela  | <input type="checkbox"/> | Asma Bronquial            | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Convulsiones              | <input type="checkbox"/> |
| Paperas   | <input type="checkbox"/> | Fracturas/Esguinces       | <input type="checkbox"/> |
| Otitis    | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Cardiacas    | <input type="checkbox"/> |
| Neumonía  | <input type="checkbox"/> | Traumatismos Severos      | <input type="checkbox"/> |
| Artritis  | <input type="checkbox"/> | Dolor de Cabeza Frecuente | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | Gastritis/Colitis         | <input type="checkbox"/> |

Otros: \_\_\_\_\_

Intervención Quirúrgica: \_\_\_\_\_

¿Requiere de algún medicamento de forma permanente? Sí  No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha presentado alguna reacción alérgica? Sí  No

Padecimientos actuales: \_\_\_\_\_

Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento médico:

---

**En caso de emergencia comunicarse con:**

Nombre completo:

Parentesco:

Teléfono de casa:

Celular:

Oficina:

**Cuenta con algún Seguro de Gastos Médicos Mayores:**

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**En caso de que tenga que ser trasladado, ¿A que institución sería?**

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma