



Apellido y nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____

DNI: _____ Domicilio: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Colegio: _____ Matrícula: _____

DATOS MEDICOS

Grupo sanguíneo: _____

¿Es alérgico? _____ En caso afirmativo, contestar lo siguiente

¿A qué? Medicamentos, alimentos, insectos, otros: _____

¿Tiene alguna otra indicación de carácter médico? _____

Obra Social / Prepaga: _____ N° Afiliado: _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____

Tel. de contacto en caso de emergencia: _____

Firma Farmacéutico

Firma Delegado