



ECAF-ACAFR-006DM

FORMATO DATOS SANITARIOS

Nombre _____

Dirección _____

EPS _____

Tipo de sangre _____

En caso de emergencia contactar a (Nombre) _____

En caso de emergencia contactar a través de (Número telefónico) _____

Centro asistencial donde regularmente lo atienden _____

¿Padece usted de alguna enfermedad, condición o complicación médica?

Indique con la palabra "SÍ" o "NO". En caso de ser afirmativa su respuesta; explique.



¿Toma algún tipo de medicamento? Indique con la palabra "SÍ" o "NO". En caso de ser afirmativa su respuesta; explique.

¿Es alérgico a algún medicamento?

Yo _____, con
número de cédula _____, doy fe que la información aquí descrita
es veraz, así como también acepto y autorizo, que, en caso de ser requerido, la
información suministrada en este documento pueda utilizarse para intervención
médica.

ECAF

FIRMA ESTUDIANTE