

GRACIAS POR DESCARGAR NUESTRA FICHA MÉDICA.

Esta es una valiosa herramienta que nos permite brindar un seguimiento eficiente y puntual a la salud de cada participante, haciendo su experiencia más segura.

Te pedimos llenar todos los campos y ser muy claro en tus instrucciones.



Contacto Principal

Nombre Completo: _____



Datos de su Médico Familiar:

Nombre Completo: _____



En caso de no poder contactar con usted, proporcione los datos de un contacto extra.

Nombre Completo: _____



¿El participante cuenta con seguro social o póliza de seguro familiar?

Clave del seguro social: _____

Empresa Aseguradora: _____

Póliza de Seguro: _____

Teléfono de la Aseguradora: _____

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Declaro que no he omitido ningún padecimiento que ponga en riesgo la salud de mi hijo/a y autorizo al personal de Moondi a dar seguimiento médico, conforme las instrucciones que he descrito en esta ficha médica, deslindando a la empresa mencionada de cualquier responsabilidad sobre las instrucciones aquí descritas o cualquier otro tratamiento que se derive de ellas.

Consulta nuestro aviso de privacidad en:
www.moondimexico.com

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre: _____

Edad: _____

Grado: _____

Grupo: _____

Institución: _____

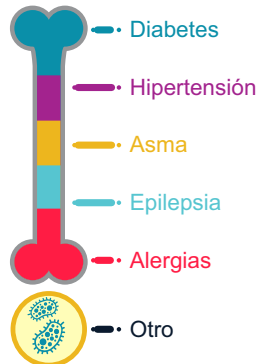
Destino: _____

SEÑALE CON UN CÍRCULO, LA OPCIÓN MÁS ADECUADA.

Estado actual de Salud



¿Presenta alguno de los siguientes padecimientos?



Especifique a detalle cual.

Tipo de Sangre: _____



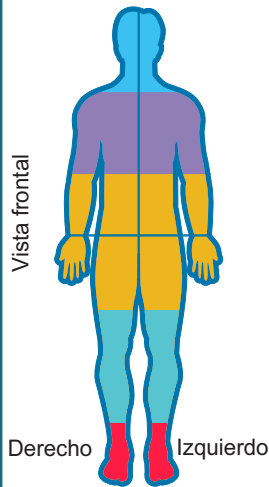
INDIQUE SI REQUIERE ATENCIÓN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS:



SEGUIMIENTO MÉDICO

LESIONES ACTUALES

Señale con un círculo donde se localizan.



Indique los síntomas y el tratamiento para los padecimientos o lesiones actuales.



Indique los medicamentos, dosis y modo de administrarlos.

CG Moondi.
Medicación por día

