

**FICHA MÉDICA ESTUDIANTE IMLP 2025**

<b>Nombre Completo estudiante:</b>		<b>Curso:</b>
<b>En caso de emergencia llamar a:</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Teléfono</b>
<p><b>¿Padece alguna enfermedad crónica? Marque su respuesta.</b></p> <p>Sí. (¿Cuál?)</p> <p>_____</p> <p>No.</p>		
<p><b>¿Es alérgico/a? Marque su respuesta.</b></p> <p>Sí. (¿A qué es alérgico/a?)</p> <p>_____</p> <p>No.</p>		
<p><b>Observaciones que desee agregar:</b></p>    		

\_\_\_\_\_  
**Firma y nombre de apoderado responsable**