**Ficha de antecedentes personales**

|  |
| --- |
| **Información del Funcionario** |
| Apellido paterno |  | Apellido materno |  |
| Nombres |  | RUT |  |
| Dirección Particular |  |
| Comuna |  | Ciudad |  |
| Teléfono fijo |  | Celular |  |
| Proyecto |  | Área o Gerencia |  |
| Cargo |  | Jefe directo |  |
| Tipo Contrato (marcar con “X”) | Indefinido: | Plazo fijo: | Honorarios |

|  |
| --- |
| **Favor indicar información de contacto para casos de emergencia** **(más de uno y por orden de prioridad)** |
| Nombres y apellidos |  | Parentesco |  |
| Teléfono fijo |  | Celular |  |
| E-mail |  |
| Nombres y apellidos |  | Parentesco |  |
| Teléfono fijo |  | Celular |  |
| E-mail |  |
| Nombres y apellidos |  | Parentesco |  |
| Teléfono fijo |  | Celular |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Antecedentes importantes ante una emergencia** |
| Grupo sangre |  |
| Alérgico a |  |
| Medicamentos contraindicados |  |
| Posee alguna enfermedad crónica |  |
| Sistema de salud que posee (marque con una “X” según corresponda y si es Isapre, indique cuál) |
| FONASA |  |
| ISAPRE |  |
| Ninguno |  |
| Cuenta con Seguro adicional de salud (indicar cuál) |
|  |
| En caso de emergencia, favor indicar a qué centro de salud se debe trasladar (según ISAPRE y/o seguro)  |
|  |
| Fecha |  / / 20 | Firma |  |