**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 |  |