



Colegio Farmacéutico  
de la Provincia de San Luis



Apellido y nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

### DATOS MEDICOS

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, contestar lo siguiente

¿A qué? Medicamentos, alimentos, insectos, otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra indicación de carácter médico? \_\_\_\_\_

Obra Social / Prepaga: \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Tel. de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Farmacéutico

\_\_\_\_\_  
Firma Delegado