

Fecha:	Nombre:	Rut:
PA:	FC:	SATO2:
T°:		
Peso:	Talla:	IMC:
Examen Físico		
Antecedentes Médicos		
Antecedentes Quirúrgicos		
Antecedentes Médicos Familiares		
Inmunizaciones		
Hábitos Tóxicos		
Conductas Sexuales de Riesgo		
Alergias		
Transfusiones previas/trasplantes		
Viajes recientes (lugar, tiempo de estadía, dieta)		
Gestación previa/lactancia		
Tratamiento farmacológico últimos 3 meses		
<ul style="list-style-type: none"> - General: - IBP: - Antibióticos: 		
Otros		
Exámenes realizados		

Nombre y Firma del donante: _____

Nombre y Firma del Médico: _____