

FICHA MÉDICA

A continuación, se le pedirá la siguiente información, favor rellenar todos los campos solicitados. En caso de no llenó algún campo por falta de información, favor de notificar a la persona que le expendió el formulario.

Fecha: 21 de mayo de 2021

Nombre:	Audrie Annelisse		
Apellido:	Del Cid Ochoa		
Edad:	21	Sexo:	Femenino
Correo:	Ingrese Correo		
Teléfono:	Ingrese número de Telefono		

Elija una opción

<input type="radio"/> Isapre	<input type="radio"/> Fonasa	<input type="radio"/> Particular	<input checked="" type="radio"/> Fuerzas Armadas
------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--