



Ficha de Ingreso

RUT	
NOMBRE COMPLETO	
ESTADO CIVIL	
FECHA DE NACIMIENTO	
CARRERA DE POSTULACIÓN	
JORNADA (diurno- vespertino)	
DIRECCIÓN CIUDAD	
COMUNA	
TELEFONO	
DIRECCIÓN ACTUAL	
COMUNA	
TELEFONO	
NACIONALIDAD	
MAIL	
SISTEMA DE SALUD	
INSTITUCIÓN	
POSTULARAS A CAE	SI[<input type="checkbox"/>] NO[<input type="checkbox"/>] RENOVANTE [<input type="checkbox"/>]
COLEGIO	
AÑO DE EGRESO	
AÑO RENDICION (PTU-PSU)	
COMO SUPO DE NOSOTROS	RRSS[<input type="checkbox"/>] AL -EX AL [<input type="checkbox"/>] WEB [<input type="checkbox"/>] COLEGIO[<input type="checkbox"/>] CHARLA [<input type="checkbox"/>] OTRO[<input type="checkbox"/>]
CARRERA ANTERIOR	
INSTITUCIÓN	
	INGRESO APODERADO
NOMBRE COMPLETO	
RUT	

FECHA NACIMEINTO	
NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL	
DIRECCION	
COMUNA	
CIUDAD	
REGION	
TELEFONOS	
MAIL	
ACTIVIDAD	
EMPRESA	

FICHA MÉDICA

	NOMBRE	TELÉFONO
CONTACTO EMERGENCIA 1		
CONTACTO EMERGENCIA 2		
SISTEMA DE SALUD		
INSTITUCIÓN		
ALERGIAS		
ENFERMEDADES CRÓNICAS		
MEDICAMENTOS PERMANENTES		
RESTRICCIÓN DE ALIMENTOS		
TIENES ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA NO MENCIONADA ANTERIORMENTE		

|