|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Rut |  |
| Contacto | Indica tu número de celular |
| Preferencia alimenticia | Dieta vegetariana, vegana o tradicional |
| Tipo de sangre |  |
| Enfermedades | Indica si tienes alguna patología que pueda presentarte dificultades durante el terreno. |
| Medicamentos | Indique medicamentos que utiliza. |
| Condiciones/Resguardos | Indica si eres alérgica/o a algún alimento, producto o elemento externo. |
| Operaciones | Indica si has sido operada/o de algo. |
| Contacto de emergencia | Indica nombre, relación y número de teléfono o celular. Mínimo uno, máximo tres. |