# Formulario de información de emergencia del empleado

Fecha de la última actualización:

|  |
| --- |
| Información personal |
| Id. del empleado |  |
| Nombre |  |
| Segundo nombre |  |
| Apellidos |  |
| Sobrenombre |  |
| Sexo |  |
| Ciudadanía |  |
| Lugar de nacimiento (país/región) |  |
| Dirección postal |  |
|  |
| Distrito/condado |  |
| Teléfono particular |  |
| Teléfono móvil |  |
| Fax particular |  |
| Dirección de correo electrónico particular |  |
| Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) |  |
| Número del carnet de identidad |  |
| Número del pasaporte |  |
| Número de la licencia de conducir |  |
| Datos médicos |
| Nombre del médico |  |
| Dirección |  |
|  |
| Número de teléfono |  |
| Grupo sanguíneo |  |
| Condiciones de salud |  |
| Alergias |  |
| Medicinas que tome |  |
| Información de emergencia |
| Nombre de contacto en caso de emergencia |  |
| Parentesco |  |
| Dirección |  |
|  |
| Número(s) de teléfono |  |