

FICHA MÉDICA



Datos del participante:

Apellidos _____

Nombre _____ Edad _____

Número de la Seguridad Social _____

Otros seguros (especificar) _____

Número de póliza _____ Telf. Aviso urgencias _____

Datos Médicos

Enfermedades padecidas _____

¿Padece alguna enfermedad actualmente? ____ ¿Cuál? _____

¿Está al día en el calendario de vacunas? ____ Falta _____

¿Sabe nadar? _____

Sigue algún régimen especial de comidas ____ Indicar _____

¿Es alérgico a algún medicamento? _____

¿Es alérgico a algún alimento? _____

Es propenso a : (rodear con un círculo)

Acetona, Anginas, Bronquitis, Dolores de cabeza, Miedos nocturnos, Resfriados,
Mareos, Insomnio, , Hígado Enuresis nocturna

Otros _____

Observaciones _____

Don/Doña _____ con D.N.I. _____

Como padre/madre o tutor/a de _____

En _____ a _____ de _____ Firma: _____

Es obligatorio llevar una copia de la tarjeta sanitaria del niño. En caso necesario el niño sera asistido por personal sanitario competente. Para su tranquilidad estamos a 5 minutos de centro de salud con urgencias 24 horas.