



Ficha Médica

CURSO: _____

Fecha Nacimiento: _____

Nº Seguridad Social: _____

APELLIDOS _____

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

POBLACIÓN _____ D.P. _____ LOCALIDAD _____

TELÉFONO _____ TELÉFONO DE VACACIONES _____

E-MAIL _____

COMPAÑÍA SEGUROS _____ Nº de Póliza _____

OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA
NOMBRE _____ PARENTESCO _____

TELÉFONO CONTACTO _____

HISTORIAL DE VACUNAS *(indicar fechas)*

TIFUS _____ TÉTANO _____

OTRAS _____

ENFERMEDADES PADECIDAS *(Hágase un círculo donde proceda)*

ASMA: SI / NO	HERNIAS SI / NO	CARDÍACAS: SI / NO
MIGRAÑAS SI / NO	DIABETES SI / NO	PROBLEMAS GARGANTA SI / NO
INCOTINENCIA URINARIA NOCTURNA SI / NO		

FRACTURAS _____

ALERGIAS A ALGÚN MEDICAMENTO: _____

ALERGIAS A ALGÚN ALIMENTO O ALGUNA COSA: _____

ES UN CHICO/A PROPENSO A: _____

MEDICACIÓN QUE ESTÁ TOMANDO *(Indicar cuál, la dosis, y la hora del día)*

OTRAS OBSERVACIONES

(Es conveniente darle al monitor los medicamentos que vaya a tomar, sobre todo si deben estar en lugar fresco)