FICHA MÉDICA PERSONAL

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO: _____

TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

D.N.I.:_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DATOS GRUPALES

COLEGIO: _____ CURSO: _____

DESTINO: _____ HOTEL: _____

DATOS MEDICOS

GRUPO SANGUINEO: _____ RH:_____

VACUNA ANTITETÁNICA: SI _____ NO _____

TRATAMIENTO MÉDICO: SI _____ NO _____

CUAL? _____

POR QUE MOTIVO? _____

DEBE TOMAR MEDICAMENTOS? : SI _____ NO _____

CUÁLES?: _____

DE QUE MANERA?: _____

POR QUÉ MOTIVO? _____

TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI _____ NO _____

A MEDICAMENTOS? SI _____ NO _____

A CUALES? _____

CUÁL/ES LO SUSTITUYEN?_____

A QUE?_____

FUMA? SI _____ NO _____

CANTIDAD POR DÍA:_____

ENFERMEDADES: _____

OPERACIONES: _____

OBSERVACIONES: _____

_____

EN CASO DE URGENCIA COMUNICAR A : _____

--- ---

FIRMA PADRE/TUTOR ACLARACIÓN

(ANEXAR FOTOCOPIA DNI Y REGÍMENES ESPECIALES)

LOS DATOS CONSIGNADOS TENDRAN ABSOLUTA RESERVA