

*Ficha Médica*

**(ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS)**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de cartilla de la Seguridad Social **o seguro médico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias **(a alimentos, a medicamentos, a animales, a picaduras...)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nivel de natación **(no sabe / nivel bajo / nada correctamente)**

**¿Ha padecido** alguna enfermedad **reseñable u operación?**

**¿Está** tomando alguna medicación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si es así, ¿cuál es el tratamiento? (medicamento, causa, dosis…)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Se encuentra bajo algún tipo de** régimen alimenticio**? Si es así,** **¿cuál?**

**Tiene alguna** discapacidad **física o intelectual**

**¿Qué medicamentos suele tomar** si le duele la cabeza, el estómago**...? indique también la dosis.**

Otros comentarios de interés **(padece insomnio, enuresis, es sonámbulo, asmático, etc)**

Datos del firmante:

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Padre / madre / tutor** **(rodear)**

*Certifico la veracidad de los datos expuestos.*

**Firmado:**

El encuentro no se hace responsable de las consecuencias derivadas de lo que no figure en esta ficha.