

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: