



Ficha Médica

Edad:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento: / /

Grupo Sanguíneo:

Enfermedad Actual:

¿Toma algún medicamento? Si No

Forma de administración ó Tratamiento:

¿Tiene alergia algún medicamento? Si No Nombre Medicamento

¿Tiene todas las vacunas al día? Si No

¿Lleva algún tipo de dieta?

¿ Es alérgico algún alimento?

Sabe Nadar Si No

Otras observaciones de interés:

Documentación a adjuntar a la ficha médica:

Fotocopia D.N.I

Fotocopia Cartilla Seguridad Social.

Firma:

a, de de.....