



FICHA MÉDICA

A. DATOS DO PARTICIPANTE

Datos pessoais	
Nome	Apelidos
Data de nacemento	DNI
Ficha sanitaria*:	
Seguridade Social	Seguro Privado: Nº de póliza da SS:

B. CONTACTOS NO CASO DE URXENCIA

	Nº de teléfono	Persona de contacto	Horario
1			
2			
3			

C. FICHA SANITARIA

Enfermidades pasadas:	
<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Hepatite
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Outras(especificar cal/es):
<input type="checkbox"/> Asma	
<input type="checkbox"/> Cardíacas	
¿Padece actualmente algunha enfermidade?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
¿Segue algún tratamento médico?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal? Dose: Pauta:
¿Ten algunha enfermidade crónica?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
¿Está operado?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
¿Ten algunha minusvalía?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
¿Segue algunha dieta ou réximen especial?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?



¿É alérxico/a a algún tipo de medicamento?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
Outras alexias ou intolerancias.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
Foi vacinado recentemente	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí, ¿cal?
Grupo Sanguíneo	<input type="checkbox"/>
¿Sabe nadar?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sí

D. OUTROS DATOS DE INTERESE

E. DECLARACIÓN E AUTORIZACIÓN

D./Dna.....

con DNI.....como pai/nai/titor de

.....con DNI.....

DECLARO:

Que tódolos datos expresados nesta ficha son certos

AUTORIZO:

Que, en caso de máxima urxencia, o/a responsable tome as decisións oportunas, con coñecemento e prescripción médica, se foi imposible a miña localización.

En, a.....de.....de

Asdo.:

*Adxuntar fotocopia da tarxeta da Seguridade Social ou do Seguro Privado

**Adxuntar informe médico