



## FICHA MÉDICA

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Nº Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
 Rama: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, avisar a \_\_\_\_\_  
 (Incluir nombre y teléfono de contacto)

ALERGIAS	
Alimentos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Medicación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Insectos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Vegetación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Otros <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

MEDICACIÓN			
Tratamiento médico en desarrollo	¿Cuál?	Dosis	Pauta
	¿Cuál?	Dosis	Pauta
Medicamentos contraindicados			
Medicamento autorizado			Dosis

PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	
Problemas de salud importantes que tenga o haya tenido	
Esfuerzos físicos que no pueda realizar	
Intervenciones quirúrgicas	

OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS