

FICHA MÉDICA

Asociación/Misión: _____ Club: _____

DATOS GENERALES

Nombre : _____ Tipo de sangre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Alérgico a: _____

Especifique si toma algún medicamento: _____

Enfermedades crónicas: _____

Especifique si toma algún medicamento: _____

Ha sido hospitalizado por: _____ Fecha: _____

Ha sido operado de: _____ Fecha: _____

	Vacunas recientes (2 años o menos):	Fecha
1		
2		
3		
4		

DATOS DE CONTACTO

En caso de accidente avisar a: _____

Relación con la persona: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

OBSERVACIONES GENERALES
