



## FICHA MÉDICA

Nombre y apellidos del niño \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ Letra \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre padre/madre/tutor/a \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

Nº tarjeta Seguridad Social \_\_\_\_\_

Vacuna del tétanos (si/no) \_\_\_\_ Fecha de la última vacuna del tétanos \_\_\_\_\_

Vacunaciones generales \_\_\_\_\_

¿Propenso a padecer alguna enfermedad? (si/no) \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad física o mental? (Indicar cuál y el tratamiento a seguir)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Requiere algún tipo de régimen alimenticio o medicación especial? (si/no) \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Hay algún alimento que le siente mal? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Tolerancia o recomendaciones sobre el esfuerzo físico. (Ej. Asma)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos o medicación durante campamentos o actividades

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES (DATOS GENERALES DE INTERÉS)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_