



## FICHA MÉDICA

Nombre y apellidos del participante \_\_\_\_\_

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

Seguro médico (SACYL, MAPFRE, DKV, ADESLAS, MUFACE...) \_\_\_\_\_

Nº tarjeta \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

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

Vacunaciones generales del calendario (si/no) \_\_\_\_\_

Vacunaciones adicionales \_\_\_\_\_

¿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 alimento que no tolere? (si/no) \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

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

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

Medicación durante campamentos o actividades (posible o requerida)

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

¿Sabe nadar? \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES (DATOS GENERALES DE INTERÉS)**

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