

FICHA MÉDICA

Nombre:

Edad:

Grupo y Tipo Sanguíneo:

¿Padece alguna enfermedad?

SI

NO

Por favor indicar cual

¿Es alérgico a algún medicamento?

¿Es alérgico a algún alimento?

Toma algún medicamento actualmente:

En caso de emergencia comunicarse con:

Número de Teléfono: