FICHA MÉDICA EUROBRIDGE

DATOS CONFIDENCIALES

NOMBRE:_____ **APELLIDOS:** _____

- **¿Padeces alguna enfermedad actualmente?** □ NO □ SI Si es así, explica:

  _____

- **¿Eres alérgico a animales, alimentos, polvo, polen, medicamentos…?** □ NO □ SI

  _____

  En caso de reacción alérgica, ¿qué protocolo ha de seguirse y qué medicación debes tomar?

  _____

  (Explicarlo en una hoja aparte si es necesario)

- **¿Necesitas una dieta especial? (Intolerancias, alergias…)** □ NO □ SI

  ¿Qué alimentos no puedes tomar?: _____

- **¿Tienes alguna lesión, fractura o condición que te impida realizar alguna actividad?** □ NO □ SI

  _____

- **¿Tienes problemas relacionados con el sueño?: (Incontinencia, sonambulismo…)** □ NO □ SI

  _____

- **¿Has sido operado u hospitalizado por algún motivo importante que debamos saber?** □ NO □ SI

  _____

- **¿Padeces hiperactividad o tienes dificultades de atención/ aprendizaje?** □ NO □ SI

  _____

- **¿Sufres mareos?** □ NO □ SI
- **¿Tienes asma?** □ NO □ SI
- **¿Sufres hemorragias con frecuencia?** □ NO □ SI
- **¿Has sido vacunado/a contra el Covid-19?** □ NO □ SI
- **¿Tienes otras enfermedades, dolencias o algo que añadir?** □ NO □ SI

  _____

  _____

Firma del titular o Firma de los padres/tutores (para menores de 18 años):