

FICHA MÉDICA - EUROBRIDGE 2014

DATOS CONFIDENCIALES		
Nombre: _____	Apellido: _____	
Padece de alguna enfermedad actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: _____		
¿Eres alérgico a algo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: _____		
¿Necesitas una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: (que alimentos no puedes tomar)		
¿Has tenido fracturas o lesiones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: _____		
¿Tienes problemas relacionados con el sueño?: (Incontinencia, sonambulismo, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: _____		
Grupo Sanguíneo: _____		
Historial Médico (Operaciones, hospitalizaciones, etc.):		
¿Sufres mareos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes asma?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Sufres hemorragias con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Has sido vacunado con la triple? (tétanos, difteria, tos ferina)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes otras enfermedades o algo que añadir?		