

FICHA MÉDICA - EUROBRIDGE

DATOS CONFIDENCIALES

Nombre: _____ Apellidos: _____

¿Padece alguna enfermedad actualmente? Sí No

Si es así especifica y explica: _____

¿Eres alérgico a algo? Sí No

Si es así especifica y explica: _____

¿Necesitas una dieta especial? Sí No

Si es así especifica y explica: (qué alimentos no puedes tomar) _____

¿Has tenido fracturas o lesiones? Sí No

Si es así especifica y explica: _____

¿Tienes problemas relacionados con el sueño?: Sí No

(Incontinencia, sonambulismo, etc.)

Si es así especifica y explica: _____

Grupo Sanguíneo: _____

Historial Médico (Operaciones, hospitalizaciones, etc.): _____

¿Sufres mareos? Sí No

¿Tienes asma? Sí No

¿Sufres hemorragias con frecuencia? Sí No

¿Has sido vacunado con la triple? Sí No

(tétanos, difteria, tos ferina)

¿Tienes otras enfermedades o algo que añadir? _____