

FICHA MÉDICA - EUROBRIDGE

DATOS CONFIDENCIALES		
Nombre: _____	Apellidos: _____	
¿Padeces de alguna enfermedad actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: _____		
¿Eres alérgico a algo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: _____		
¿Necesitas una dieta especial?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si es así especifica y explica: (qué alimentos no puedes tomar)		
¿Has tenido fracturas o lesiones?	<input type="checkbox"/> Sí	<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"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes asma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sufres hemorragias con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Has sido vacunado con la triple? (tétanos, difteria, tos ferina)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes otras enfermedades o algo que añadir?		
<p style="text-align: center;"><i>Plaza Calvo Sotelo, 10, 1º, 03003 Alicante Tel: 96 512 43 88 - Fax: 96 550 68 74 e-mail: info@eurobridge.net</i></p> <p style="text-align: center;">www.eurobridge.es</p>		