

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? | | |
| | | |
| | | |
| | | |