

### 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><i>Plaza Calvo Sotelo, 10, 1º, 03003 Alicante   Tel: 96 512 43 88 - Fax: 96 550 68 74   e-mail: info@eurobridge.net</i>  <a href="http://www.eurobridge.es">www.eurobridge.es</a></p>		