

FICHA MÉDICA 2020

RELLENAR CON LETRA CLARA.

Presentar informe médico y medicación en envase original.

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ PESO: _____

ENFERMEDADES IMPORTANTES O CRÓNICAS (Medicación y posología):

ALERGIAS O INTOLERANCIA A

MEDICACIÓN:

INTOLERANCIA A ALIMENTOS: (Rodear

con un círculo):

Celiaco

Lactosa

Huevo

Pescado Frutos secos

Otros

¿Está recibiendo medicamentos? ¿Cuáles? Especifique dosis, horario y tiempo de finalización. OTRAS OBSERVACIONES DE INTERÉS:

¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO?

SI

NO

¿Por qué motivo?

¿ES ASMÁTICO?

SI

NO

¿Presenta alergias?

SI

NO

¿Qué se la produce?

¿Cómo se le presenta?

FIRMADO Padre, madre o tutor

D.N.I. _____