

FICHA MEDICA PERSONAL

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: _____
Teléfono: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Documento de identidad: _____ Fecha de Nac.: _____ Edad: _____

DATOS GRUPALES

Colegio: _____ Curso: _____
Destino: _____ Hotel: _____

DATOS MEDICOS

Grupo sanguíneo: _____ RH: _____
Vacuna Antitetánica: Si No
Tratamiento Médico: Si No
Cuál: _____
Por qué motivo? _____
Debe tomar medicamentos? Si No
Cuáles? _____
De que manera? _____
Por qué motivo? _____
Tiene algún tipo de alergia? Si No
A medicamentos? Si No
A cuáles? _____
Cuál/es lo sustituyen? _____
A qué? _____
Fuma? Si No
Cantidad por día? _____
Enfermedades: _____
Operaciones: _____
Observaciones: _____
En caso de urgencia comunicar a: _____

Los datos consignados tendrán absoluta reserva

Firma del padre o tutor
Anexar fotocopia del DNI y Régimenes Especiales

Aclaración