



## FICHA MÉDICA

Curso: .....

### DATOS DEL PARTICIPANTE

Apellidos.....  
Nombre.....  
D.N.I.....  
Fecha de Nacimiento..... Edad.....  
Calle..... nº..... portal ..... piso.....  
Población.....  
Provincia..... C.P.....  
Teléfono...../  
e-mail..... Tlf. paterno/materno (\*).....

### FICHA MEDICA

A qué es alérgico: \_\_\_\_\_  
Medicamentos que no puede tomar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sigue tratamiento médico: \_\_\_\_\_  
Medicamento: \_\_\_\_\_  
Tomas: \_\_\_\_\_

Sufre pesadillas, alucinaciones o terrores nocturnos: \_\_\_\_\_

Alimentos que no puede tomar: \_\_\_\_\_

Anote aquellos datos que considere que debemos conocer de su salud: \_\_\_\_\_

.....de.....de .....

Firmado:

(\*)Teléfono de contacto en previsión de posibles contratiempos, accidentes o cualquier situación anómala que acaeciera a lo largo del curso.