



**FICHA MÉDICA**

DATOS PERSONALES	
APELLIDO Y NOMBRES:	
EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
DNI N°:	
PROVINCIA:	LOCALIDAD:
DOMICILIO:	N°:
TELEFONO:	
GRUPO Y FACTOR SANGUÍNEO:	

ANTECEDENTES DE SALUD	SI	NO	OBSERVACIONES
<b>*PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES</b>			
- Diabetes			
- Convulsiones			
- Asma			
- Enfermedad cardíaca			
- Celiaquía			
- Alergias: (aclarar a que)			
- Otras: (aclarar cual)			
<b>*CIRUGÍAS (aclarar mes y año)</b>			
- De apendicitis			
- Otras:			
<b>*HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES</b>			
- Varicela			
- Hepatitis			
- Fracturas, Esguinces o Luxaciones (aclare de que zona)			
<b>*MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA...</b>			
- Auditivo? Cuál?			
- Visual? Cuál?			
- Con algún tipo de alimentos? Cuál?			
- El sueño o el dormir: Cuál?			
- Cuando viaja en algún medio de transporte: Cuál?			
- Para retener pis?			
- De desmayos o por golpe de calor?			
<b>*TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE?</b>			
Indique nombre de la medicación y dosis			
<b>*CALENDARIO DE VACUNAS. COMPLETO PARA LA EDAD?</b>			

CONGRESITO MARIANO NACIONAL 2020

INFORMACIÓN DE URGENCIA		
NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO
1-		
2-		
3-		

Yo Sr./Sra. ...., Padre, Madre o Tutor con DNI N°..... Declaro haber entregado información verídica y actualizada de la salud y enfermedad de mi hija/o. Autorizo a que ésta información pueda ser utilizada por los encargados del Congreso Mariano, cuando la situación de emergencia lo amerite.

.....

FIRMA