

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
*PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES			
- Diabetes			
- Convulsiones			
- Asma			
- Enfermedad cardíaca			
- Celiaquía			
- Alergias: (aclarar a que)			
- Otras: (aclarar cual)			
*CIRUGÍAS (aclarar mes y año)			
*HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES			
- Varicela			
- Hepatitis			
- Fracturas, Esguinces o Luxaciones (aclare de que zona)			
*MANIFIESTA ALGÚN PROBLEMA...			
- Auditivo? Cuál?			
- Visual? Cuál?			

- Con algún tipo de alimentos? Cuál?			
- El sueño o el dormir: Cuál?			
- Cuando viaja en algún medio de transporte: Cuál?			
- De desmayos o por golpe de calor?			
*TOMA MEDICAMENTOS EN FORMA PERMANENTE? Indique nombre de la medicación y dosis.			

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