



Ficha médica

Nombre y apellidos del responsable: _____

Nombre y apellidos: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: / / Grupo Sanguíneo: _____

Enfermedad Actual: _____

¿Toma algún medicamento? Si No

Forma de administración o Tratamiento: _____

¿Tiene alergia algún medicamento? Si No Nombre Medicamento: _____

¿Tiene todas las vacunas al día? Si No

¿Es alérgico o tiene intolerancia a algún alimento?

Sabe Nadar Si No

Otras observaciones de interés:

Firma:

a, de de.....