



## Ficha médica

Nombre y apellido

Con DNI

Fecha de nacimiento

Vacunas recibidas o enfermedades que ha padecido

*(Marcar la casilla correspondiente según proceda)*

Tétanos	Rubéola	Sarampión	Fiebre Reuma
Difteria	Varicela	Poliomelitis	Tuberculosis
Tifoidea	Hepatitis	Paperas	Colon irritable

Otras

Intervenciones quirúrgicas padecidas

*(Marcar la casilla correspondiente según proceda)*

Vesícula	Corazón	Columna	Apéndice	Riñón
----------	---------	---------	----------	-------

Otras

Enfermedades que padece

*(Marcar la casilla correspondiente según proceda)*

Epilepsia	Asma	Cólicos biliares	Sonambulismo
Diabetes	Cardiopatía	Hipertensión	Renal

Incontinencia urinaria	Otras
------------------------	-------

Transtornos que padece

*(Marcar la casilla correspondiente según proceda)*

TEA	TDAH	TOC	Transtornos del sueño	Transtornos alimentarios
Transtornos de conducta	Otras			

¿Padece alguna alergia a medicamento, alimento, animal, planta, etc? Si No

Especifique

Tratamiento

¿Está recibiendo algún tratamiento? Si No

Medicamento y dosis

Seguro de salud

¿Autoriza al menor a regresar a casa solo después de las reuniones ordinarias? Si No

En caso de enfermedad en una actividad, teléfono y nombre de contacto:

**Fdo** [Click para ver tutorial para crear firma PDF](#)



Fecha: