



FICHA MÉDICA

Nombre y Apellidos: _____

Dirección Localidad: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

En las siguientes preguntas debe introducir la respuesta adecuada y en la línea que se encuentra en la parte inferior de la pregunta, aporte los datos que crea oportuno acompañar.

1.- ¿tiene su hijo algún tipo de discapacidad? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....
.....

2.- ¿Padece algún tipo de alergia? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....
.....

3.- ¿Padece asma o alguna dificultad respiratoria? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....
.....

4.- ¿Padece alguna dolencia o deformación en los huesos o articulaciones? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....
.....

5.- ¿Padece alguna deformación en la columna vertebral?..... SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....
.....

6.- ¿Padece algún tipo de deformación en los pies? SI NO

Si respondió afirmativamente, amplíe los datos.....
.....

7.- ¿Consumo algún tipo de medicamento? SI NO (Nombre y Dosis que ingiere)

.....
8.- Otras consideraciones que crea oportuno
exponer.....