

FICHA MEDICA/ALIMENTICIA

Apellidos, Nombre	
Sección	
Nombre Padre/Tutor	
Nombre Madre/Tutora	

DATOS MEDICOS	
VACUNAS	
¿Dispone de las vacunaciones correspondientes según edad?:	Si No
Otras vacunaciones no habituales según edad:	Si No
Observaciones de vacunaciones (Especificar las no habituales):	
ENFERMEDADES CONOCIDAS	
¿Sufre algún tipo de enfermedad?:	Si No
Tipo de enfermedad 1:	
Observ. enfermedad 1:	
Tipo de enfermedad 2:	
Observ. enfermedad 2:	
Tipo de enfermedad 3:	
Observ. enfermedad 3:	
TRATAMIENTOS	
¿Debe seguir un tratamiento médico o tomar una medicación?:	Si No Sin relevancia o autocontrolado
Descripción tratamiento médico específico/Medicación:	
ALERGIAS A MEDICAMENTOS	
¿Presenta alergia a algún medicamento?:	Si No
¿A qué medicamento/s?:	
Observaciones:	

DATOS ALIMENTACION	
REGIMEN	
Tipo y descripción del régimen:	
Régimen especial de comidas: Si No	
Razón del régimen especial de comidas:	
Voluntariamente Por prescripción medica Otros	
Otros motivos del régimen:	
INTOLERANCIAS	
Intolerancia: Si No	
Alimentos a los que presenta intolerancia:	
Observaciones de intolerancia:	
ALERGIAS	
Alergias: : Si No	
Alimentos que producen alergia:	
Observaciones de alergia:	
TRANSTORNOS ALIMENTARIOS	
Padece algún trastorno alimentario o afección frecuente:	
Si No	
Descripción del trastorno alimentario o afección frecuente:	
Observaciones:	

Autorizo en caso de urgencia, con conocimiento y prescripción médica, a tomar las decisiones oportunas por parte de los responsables del Grupo, si ha resultado imposible mi localización.

Firma:	Firma:
Nombre Padre/Tutor:	Nombre Madre/Tutor:
DNI/NIE:	DNI/NIE:

