

FICHA MÉDICA



Apellidos:

Nombre:

Dorsal número:

Edad:

Tengo alergias a medicamentos:

Indicar las alergias/intolerancias:

Grupo sanguíneo (Indicar ABO y Rh +/-):

Tomo medicación actualmente:

Indicar medicación activa:

Tengo alguna enfermedad de las mencionadas a continuación:

- hipertensión arterial
- asma bronquial / EPOC / fibrosis pulmonar
- problemas de corazón (arritmia cardíaca, infarto de miocardio, operación, cateterismos, etc...)
- diabetes mellitus
- problemas de coagulación sanguínea
- problemas osteomusculares (problemas de columna, discopatía vertebrales, etc.)
- problemas neurológicos (epilepsia, hidrocefalia, pérdidas de conocimiento, etc...)

Indicar enfermedades:

Persona de contacto en caso de emergencia:

Teléfono:

Hospital/Obra Social donde tengo historia clínica:

Toda la información contenida en esta ficha tiene carácter de Declaración Jurada y será tratada de forma confidencial y exclusiva para asegurar la correcta asistencia médica durante las 11 Millas de los Campeones 2016.

Firma