

FICHA MÉDICA

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:

¿SUFRE ALGÚN TIPO DE ALERGIA? SÍ _____ NO _____

EXPLICAR:

¿TOMA ALGÚN MEDIACAMENTO HABITUALMENTE? SÍ _____ NO _____

EXPLICAR:

¿SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA? SÍ _____ NO _____

EXPLICAR:

EN CASO DE FIEBRE LE PUEDES ADMINISTRAR LA DOSIS ADECUADA A SU EDAD Y PESO DE:

IBUPROFENO _____

PARACETAMOL _____ NADA _____ OTRO _____

EXPLICAR:

FIRMA PADRE\MADRE\TUTOR