



FICHA MÉDICA CONFIDENCIAL

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONCURSANTE:

EDAD: **DNI:** **Nº SS:**

Teléfonos de contacto en caso de urgencia:

¿Ha padecido alguna enfermedad que convenga tener en cuenta?

Si es que sí, ¿cuál?

¿Es alérgico a algún medicamento o alguna otra cosa?

En su caso, ¿a cuál o a qué?

¿Sufre alguna enfermedad que requiera medicación regular?

Si considera que su posología debe vigilarse por un adulto, indique qué medicación debe administrársele, cada cuánto tiempo y en qué dosis.

¿Tiene alguna actividad prohibida por prescripción facultativa?

En caso afirmativo, ¿cuál?

Requiere alguna dieta específica. En caso afirmativo, ¿cuál?

Algunas otras consideraciones que debiéramos conocer:

Como padre-madre-tutor autorizo a la Organización a que, en caso de extrema urgencia y ante la imposibilidad de contactar con los teléfonos anteriores, se adopten aquellas medidas que consideren necesarias.

En _____ a ____ de _____ de 2018

Nombre y Firma del Padre/Madre o Tutor/a	Nombre y Firma del / de la estudiante