

FICHA MÉDICA

FECHA: _____

SEMANA ¹ ² ³ ⁴

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y APELLIDO : _____

CÉDULA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____

CORREO: _____ TELÉFONO: _____

GRUPO SANGUÍNEO: A+ A- B+ B- AB+ AB- O+ O-

ANTECEDENTES ALÉRGICOS

ALIMENTOS: SI NO ¿CUÁLES? _____

MEDICAMENTOS: SI NO ¿CUÁLES? _____

HA PADECIDO DE COVID : SI NO ¿CUÁNDO? _____

¿ESTÁ VACUNADO? : SI NO ¿CUÁNTAS DODIS? _____

POSÉE ALGUNA CONDICIÓN CRÓNICA DE SALUD:

ASMA _____ DIÁBETES _____ HIPERTENSIÓN _____ OTRAS _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? ESPECIFIQUE _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDO

PARENTESCO

TELÉFONO

NOMBRE Y APELLIDO

PARENTESCO

TELÉFONO

DATOS DEL SEGURO

COMPañÍA ASEGURADORA _____

NÚMEROS DE CONTACTO _____