

## FICHA MÉDICA

Nombre \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ cel \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contactar a \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

### HABITOS PERSONALES:

Realiza actividad física periódica \_\_\_\_\_ Que tipo \_\_\_\_\_

Toma bebidas alcohólicas \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

Fuma cigarrillos \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia \_\_\_\_\_

Consumo de algún otro tipo de sustancias adictivas \_\_\_\_\_

Esta actualmente bajo alguna medicación especial \_\_\_\_\_ En caso afirmativo favor de especificar \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ para que enfermedad \_\_\_\_\_

Nombre del Médico que lleva dicho tratamiento \_\_\_\_\_

Tel / Cel \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Esta o ha estado bajo algún tipo de medicación psiquiátrica \_\_\_\_\_ En caso afirmativo favor de especificar \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_

Nombre del Médico que lleva dicho tratamiento \_\_\_\_\_

Tel / Cel \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

### INFORMACION MÉDICA:

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o afecciones:

Enfermedades cardiovasculares \_\_\_\_\_ Presión arterial alta o baja \_\_\_\_\_ Alergia o asma \_\_\_\_\_ Enfermedades crónicas del aparato digestivo \_\_\_\_\_ Enfermedades crónicas del aparato respiratorio \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ tumores / cáncer \_\_\_\_\_

Enfermedades neurológicas o mentales \_\_\_\_\_ Lesiones enfermedades en el sistema óseo (columna, articulaciones) \_\_\_\_\_ V .I.H. positivo \_\_\_\_\_

Enfermedades hepáticas \_\_\_\_\_ enfermedades congénitas \_\_\_\_\_

Deformaciones o limitación de movimiento por accidentes \_\_\_\_\_ Mareos, desmayos, dolores de cabeza, convulsiones, dificultad para respirar \_\_\_\_\_ Se cansa fácilmente bajo esfuerzo? \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

En caso de respuesta afirmativa en algún inciso, favor de especificar \_\_\_\_\_

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? \_\_\_\_\_ favor de detallar \_\_\_\_\_

¿En caso de actividad física o movimiento vigoroso, necesita algún cuidado especial? (especificar) \_\_\_\_\_

Fecha-

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_