



Asociación Enróllate • Centro de Información Juvenil  
Escuela de tiempo libre • Diario on-line Enred@ndo

# FICHA DE DATOS MÉDICOS DE INTERÉS

**confidencial**

D/Dña. \_\_\_\_\_ (1) mayor de edad, con D.N.I. número \_\_\_\_\_.

**INFORMA:**

Que el/la niñ@/joven/el/la abajo firmante (2) \_\_\_\_\_ no padece ninguna enfermedad infecto contagiosa, que le impida asistir a la Actividad \_\_\_\_\_, organizada por la Asociación Enróllate, encontrándole apto en este momento para su asistencia a la citada actividad y **DECLARA** ser ciertos los datos abajo indicados.

**VACUNAS RECIBIDAS:**

\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MEDICOS DE INTERES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿ Ha sido operad@? \_\_\_\_

en caso afirmativo ¿de que? \_\_\_\_\_

¿ha sufrido algún accidente importante? \_\_\_\_

en caso afirmativo explicación y secuelas. \_\_\_\_\_

¿ES ALERGIC@? \_\_\_\_ en caso afirmativo, indicar a que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INDICAR SI ES ALÉRGIC@ A ALGUN MEDICAMENTO Y ESPECIFICARLOS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha sido inyectad@ con suero? \_\_\_\_ en caso afirmativo, señalar fecha y tipo \_\_\_\_\_

¿Ha de seguir algún tipo de medicación en los días de estancia en la actividad ¿\_\_\_\_, en caso afirmativo, indicar productos, frecuencia, dosis \_\_\_\_\_

¿Padece alguna limitación fisiológica o funcional? \_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_

**¿EN CASO DE URGENCIA AUTORIZA A SER INTERVENID@ QUIRÚRGICAMENTE? \_\_\_\_ .**

**GRUPO SANGUÍNEO \_\_\_\_.**

**¿SABE NADAR? \_\_\_\_**

LEON, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.01\_\_

El/la interesado/a (3)

(1) Padre, madre o tutor si el interesado es menor de edad. Si es mayor de edad los datos del abajo firmante

(2) Nombre del menor o del interesado si es mayor de edad.

(3) Firma del interesado/a, o del padre, madre o tutor si el interesado es menor de edad.

**Esta ficha se destruirá o se devolverá al/a la interesad@ una finalizada la actividad**