



## FICHA DE SALUD

Nombre completo:

DNI:

Seguro de accidentes:

En caso de accidente llevar a (dirección centro sanitario):

Teléfono de contacto:

Enfermedades importantes:

Alergias a medicamentos:

Toma de medicamento diario:

Uso de inhalador:

El/la participante tiene o ha tenido:	SI	NO
Arritmias u otra enfermedad cardiovascular	—	—
Insuficiencia respiratoria	—	—
Asma bronquial	—	—
Convulsiones	—	—
Diabetes	—	—
Lesión osteomuscular reciente	—	—
Hiperactividad	—	—
Hipoacusia	—	—
Trastorno del espectro autista	—	—