



# 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 2023

|   |  |
|---|--|
|   |  |
| <b>Nombre y Firma de la Madre/Padre o Tutor/a</b> | <b>Nombre y Firma de la / del estudiante</b> |