



AYUNTAMIENTO DE
CASTELLANOS DE MORISCOS
(Salamanca)



EN CASO DE URGENCIA AVISAR A...

Nombre	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>

FICHA SANITARIA

Seguro al que pertenece	<input type="text"/>	Nº Seguro	<input type="text"/>
¿Padece actualmente alguna enfermedad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text"/>
¿Está siguiendo tratamiento médico?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text"/>
¿Tiene alguna intolerancia alimenticia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text"/>
¿Es alérgico a algún tipo de medicamento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text"/>
Otras alergias	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	<input type="text"/>
¿Está vacunado según el calendario de vacunas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Observaciones que desee agregar:
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Las intolerancias alimentarias diagnosticadas deben ser comunicadas por escrito junto con esta autorización. Cualquier especificación o tratamiento médico deberán ser adjuntados junto con la ficha sanitaria.

Firmado.

En _____ a _____ de 2018