 FICHA EMERGENCIAS MEDICA

Apellido y Nombre:………………………………………………………..…………………………………….

Direccion:…………………………………………………………………………………………….………………

Tel :.................................................................. DNI :.................................................

En caso de necesidad donde desea ser trasladado/internado:

1)……………………………………………………………………………………..…………………………………..

2)…………………………………………………………………………………………………………….……………

3)………………………………………………………………………………………………………………………….

MEDICO DE CABECERA: ……………………………………………………………………………………….

ALERGIAS: SI - NO ¿A QUE?...................................................................................

INTOLERANCIA A MEDICAMENTOS: …………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………..

ASMA: SI - NO

EPILEPSIA : SI -NO

BRONCO ESPASMO: SI – NO

OTRAS ENFERMEDADES:

¿Esta bajo tratamiento? SI -NO ¿Qué medicación usa?.............................................

……………………………………………………………………………………………………………………………...

ACEPTA QUE SE MEDIQUE O SUTURE EN CASO DE NECESIDAD SI-NO

GRUPO SANGUINEO: …………………………………………………………………………………………….

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: ………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….……………………….

NOMBRE Y APELLIDO: ………………………………………………………………………………………….

DOMICILIO: …………………………………………………………..TEL:……………………………………….

FIRMA Y ACLARACION (Padre-Madre-Tutor)……………………………………… …………………

…………………………………………………………………………………………………………..………………….