



## FICHA MEDICA/ MEDICAL RECORD

Apellido / Surname:

Nombre/ Name:

Fecha de nacimiento/ Date of birth: ..... /..... /.....

Documento / Document:

Domicilio / Home address:

Teléfono/ Telephone:

---

¿Sufre alguna enfermedad crónica? (asma, diabetes, hipertensión, etc) SI - NO ¿Cuál? .....

¿Do you suffer from any chronic illness? (asthma, diabetes, hypertension, etc.) YES - NO Which one?

.....

¿Requiere tratamiento? SI - NO ¿Cuál? / Does it require any treatment? YES - NO Which one?

.....

¿Sufre alguna alergia? SI - NO ¿Cuál? / Do you suffer from allergies? YES - NO Which one?

.....

¿Sigue algún régimen especial? SI - NO ¿Cuál? / Do you follow any special regimes/diet? YES - NO Which one?

.....

¿Toma alguna medicación? SI - NO ¿Cuál? / Are you taking any medication? YES - NO Which one?

.....

¿Conoce su grupo sanguíneo? / Do you know your blood type?

Grupo Factor / Factor Group: .....

Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades / Have you suffered from any of the following diseases? (Indicar con SI o NO) / (Indicate with YES or NO)

Enfermedades Cardiacas/Cardiovasculares // Heart/Cardiovascular disease: .....

Enf. Respiratorias / Respiratory disease: .....



Enf. de la Piel / Skin disease: .....

Enf. del Tracto Digestivo / Digestive Tract disease: .....

Enf. Neurológicas/ Sist. Nervioso / Neurological/ Nervous System disease: .....

Enf. Oncológicas / Oncological disease: .....

Enf. Infecciosas/Parasitarias / Infectious/Parasitic disease: .....

Enf. de la Sangre / Blood disease: .....

Enf. Sist. Inmunitario / Immune System disease: .....

Enf. Endocrinas / Endocrine disease: .....

Enf. Psiquiátricas/Mentales / Psychiatric/Mental disease: .....

Enf. Oftalmológicas / Ophthalmologic disease: .....

Enf. Auditivas / Auditory disease: .....

Alguna otra situación que desee poner en conocimiento de la institución/ Any other situation that you wish to bring to the attention of the institution:

.....  
 .....

.....

Firma/ Signature

Aclaración / Explanation:

Documento / Document

Fecha - Date / /