



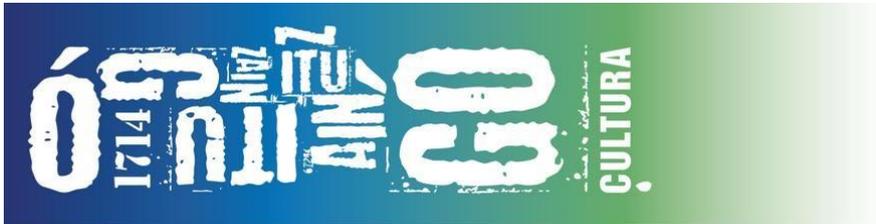
FICHA MÉDICA TALLERES CCI / CDS

DATOS PERSONALES

- **Nombre completo:**
- **Fecha de nacimiento:**
- **Edad:**
- **Sexo:**
- **DNI:**
- **Dirección:**
- **Teléfono de contacto 1:**
- **Teléfono de contacto 2:**
- **Correo electrónico:**
- **Persona de contacto en caso de emergencia:**
 - Nombre:
 - Relación:
 - Teléfono de contacto:
- **Estado civil:**

HISTORIAL MÉDICO

- **Enfermedades crónicas:**
(Marcar con una "X" las que correspondan)
 - Hipertensión
 - Diabetes
 - Asma
 - Epilepsia
 - Trastornos psicológicos
 - Otras: _____
 - **Alergias:**
 - Medicamentos: _____
 - Alimentos: _____
 - Ambientales: _____
 - Otras: _____
 - **Intervenciones quirúrgicas previas:**
(Especificar fechas y tipo de cirugía)
-



- **Medicamentos actuales:**
(Incluir nombre y dosis de los medicamentos)
-

- **Vacunas:** (Indicar las vacunas recibidas, con fecha de última dosis)
 - Vacuna contra la gripe: _____
 - Vacuna contra tétanos: _____
 - Hepatitis B: _____
 - Otras: _____
-

HISTORIAL PSICOLÓGICO

- **Condiciones psicológicas previas:**
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Trastornos de sueño
 - Estrés post-traumático
 - Otras: _____
- **Tratamiento psicológico o psiquiátrico actual:**
 - Sí
 - No

Si la respuesta es sí, especificar:

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, autorizo a la **(EMMPI)** a realizar los procedimientos médicos necesarios en caso de emergencia y a contactar a la persona designada en este formulario si fuera necesario. Declaro que la información proporcionada en esta ficha es veraz y completa.

Firma del alumno/a:

Firma del tutor (si aplica):

Fecha: _____