

Ficha médica

Nome e apelidos

.....

Médico/a de cabeceira

Núm. da Segurade Social ou seguro privado

DATOS SOBRE A SAÚDE

Grupo sanguíneo

Presenta algún problema de saúde: Si Non

EN CASO AFIRMATIVO:

- Está suxeito/a a algún trastorno ou indisposición? Indicar cal:

- Debe tomar regularmente algún tratamento? Indique cal
(nome, hora da toma, modo de administración...)

- Para que enfermidade?

- Necesita alimentación específica:

- É alérxico/a a algún medicamento, comida, etc...

- Sufriu algunha fractura ósea grave? (Sobretudo se é recente)

- Tivo que operarse algunha vez? De que?

- Debe tomar certas precaucións. Indique cales: