



FICHA DE SALUD

Voluntariado Proyecto Bosque Atlántico

TUS DATOS

Nombre y apellido	
DNI	
Fecha de nacimiento	
Grupo sanguíneo	
Obra social	
Nº afiliación	
Teléfono de la obra social	
Restricciones alimentarias	Alergia/ Celiaquía/ Diabetes/ Intolerante a "x"/ Vegetarianismo/ Otra/Ninguna
Mencionar si marcaste "otra"	

CONTACTOS DE EMERGENCIA

En caso de alguna emergencia, ¿a quiénes debemos contactar?

CE 1= Nombre y apellido	
CE 1= Relación	
CE 1= Números de contacto	
CE 2= Nombre y apellido	
CE 2= Relación	
CE 2= Números de contacto	

HISTORIAL MÉDICO

¿Padeciste o padeces alguna de las siguientes condiciones? No dejes ningún espacio sin completar.

¿Tenés alguna alergia? ¿A qué?	
¿Sos diabético? ¿Insulinodependiente?	
¿Padeces alguna afección al corazón? ¿Cuál?	
¿Tenés algún grado de asma?	
¿Tenés epilepsia?	
¿Tenés problemas de columna? ¿Cuáles?	
¿Luxaciones? ¿En qué articulación?	
Fecha de la última vacuna antitetánica	
¿Tenés alguna condición que requiera tomar medicación diaria? Si es así, mencionar ambas.	
¿Algún otro aspecto relevante de salud?	