



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

¿Padeceste 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? | |