**Ficha Médica**

Nombre del club: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iglesia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información General:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Edad y fecha de nacimiento |  |
| Género |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |
| Email |  |
| Nombre de padre o tutor |  |
| Celular de padre o tutor |  |
| Servicio Médico |  |
| Número de afiliación |  |

**Información Médica**

|  |  |
| --- | --- |
| Peso (kg) |  |
| Talla |  |
| Tipo de sangre |  |
| Cirugías recientes |  |

**Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enfermedades**

|  |  |
| --- | --- |
| Tiene enfermedades |  |
| Usa medicamentos permanentemente |  |
| ¿Tiene necesidades especiales de alimentación? |  |

**Discapacidades**

|  |  |
| --- | --- |
| Visual |  |
| Motriz |  |
| Auditiva |  |
| Lenguaje |  |
| Otras |  |

**Otras observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**