

Nombre:

Grupo sanguíneo: Rh:

Nº de la Seguridad Social y/o Seguro Médico Privado:

Enfermedades importantes o crónicas: (medicación, posología):

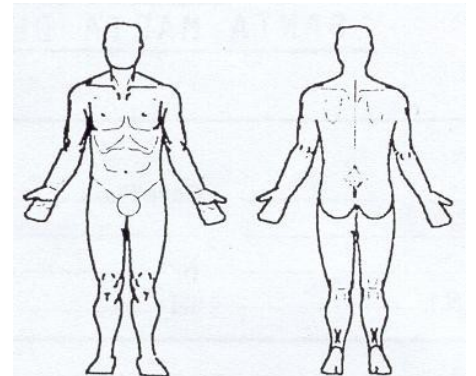
Alergias:

Intolerancia a medicamentos:

Intolerancia a alimentos:

Minusvalías físicas y/o psíquicas:

Otras observaciones de interés:



(Marca en los dibujos los lugares en los que tienes alguna lesión)