**FICHA DE SALUD**

Nombre completo:

DNI:

En caso de accidente llevar a (dirección centro sanitario):

Teléfono de contacto:

Enfermedades importantes:

Alergias a medicamentos:

Toma de medicamento diario:

Uso de inhalador:

El/la participante tiene o ha tenido: SI NO

Arritmias u otra enfermedad cardiovascular \_\_ \_\_

Insuficiencia respiratoria \_\_ \_\_

Asma bronquial \_\_ \_\_

Convulsiones \_\_ \_\_

Diabetes \_\_ \_\_

Lesión osteomuscular reciente \_\_ \_\_

Hiperactividad \_\_ \_\_

Hipoacusia \_\_ \_\_

Trastorno del espectro autista \_\_ \_\_