

NOMBRE y APELLIDOS.....

FECHA DE NACIMIENTO / / DNI

DIRECCIÓN CIUDAD.....

PROVINCIA..... CP..... TELÉFONO/S.....

OCUPACIÓN..... GRUPO SANGUÍNEO.....

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

NOMBRE.....

¿QUE RELACIÓN TIENE CON USTED?.....

TELÉFONO/S.....

Por favor indique con una X la columna que corresponda. Si la respuesta es sí, describa en detalle al final de la ficha. **¿Padece o alguna vez padeció alguna de las siguientes condiciones?**

	SÍ	NO		SÍ	NO
ALERGIAS (indique en esta hoja incluyendo picaduras de insectos, plantas, alimentos y medicamentos)			EPILEPSIA		
DIABETES			LESIONES GRAVES		
AFECCIONES AL CORAZÓN			LUXACIÓN (indicar articulación)		
HIPERTENSIÓN			¿ESTÁ EMBARAZADA?		
ASMA			¿SE ENCUENTRA BAJO UN TRATAMIENTO MÉDICO?		
			¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? ¿CUÁLES?		
PROBLEMAS DE COLUMNA					

FICHA MÉDICA

FECHA DE ÚLTIMA ANTITETANICA.....

DESCRIBA PATOLOGIAS, SÍNDROMES, LESIONES ETC, QUE HAYA PADECIDO EN EL ULTIMO AÑO

.....
.....
.....
.....

En _____, a _____, de _____ de 20

Firmado

Política de privacidad

Responsable: sendalpina – Guías de Montaña

Finalidades: Conocer el estado de salud del participante para sopesar su posible no participación en alguna actividad, sus posibles necesidades y asegurar, dentro de nuestras posibilidades, que no sufra ningún percance durante la misma.

Duración: Conservaremos dicha ficha durante un año desde su envío, tras lo cual será eliminada.

Legitimación: Al firmar este documento nos da permiso para su consulta y para tomar las decisiones necesarias durante la actividad.

Destinatario: Sendalpina – Guías de montaña. No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.

Derechos: Puedes ejercitar su derecho al acceso, rectificación y supresión de esta información.

Info ampliada: sendalpina.com/politica-privacidad