



Antigua, Real, Ilustre y Fervorosa
Hermandad y Cofradía de Nazarenos del
Santísimo Cristo de la Vera-Cruz y
María Santísima de las Angustias Coronada

FICHA MÉDICA

La información contenida en este documento será confidencial, únicamente destinada a la/s persona/s encargadas del botiquín o al personal sanitario que hubiera de atender al campista en caso necesario.

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº TARJETA SANITARIA: _____

EDAD _____ ALTURA _____ PESO _____

¿Padece alguna ENFERMEDAD? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar cuál.

¿Padece alguna ALERGIAS? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar cuál o cuáles.

¿Toma alguna medicación habitualmente? SÍ NO

En caso afirmativo, detallar tratamiento.

¿Necesita alguna dieta especial? SÍ NO

En caso afirmativo, especificar cuál.

Si existe algún otro dato que crea que debemos tener en cuenta en relación a su salud, puede usar el reverso de esta hoja.

Fdo.: _____

D.N.I.: _____

Con la firma de este documento, AUTORIZO a la persona encargada del botiquín a la administración de la medicación habitual al campista, según las indicaciones aquí detalladas.

Asimismo, autorizo en caso de urgencia o emergencia médica a la actuación y administración de la medicación necesaria, indicada por el personal facultativo que le atienda