

GRUPO:

Nº:

APELLIDOS:		NOMBRE:	
DNI / NIE / PASAPORTE:			
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:	
DOMICILIO:			
DATOS DE CONTACTO	Nº TELÉFONO:	PERSONA:	
	Nº TELEFONO:	PERSONA:	
	Nº TELÉFONO:	PERSONA:	
	Nº TELEFONO:	PERSONA:	

<i>SI PERTENECE A LA SEGURIDAD SOCIAL</i>		<i>SI PERTENECE A OTRA ENTIDAD MÉDICA</i>	
Nº DE AFILIACIÓN:		NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
		Nº DE AFILIACIÓN:	
		CLÍNICA CONCERTADA:	

<i>SEÑALAR CON UNA CRUZ EN CASO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA MÉDICO Y EXPLICAR BREVEMENTE</i>		
PROBLEMAS CARDIACOS	<input type="checkbox"/>	
ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES SANGUÍNEAS	<input type="checkbox"/>	
ENFERMEDADES ÓSEAS, ARTICULARES, O MUSCULARES	<input type="checkbox"/>	
ALTERACIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMAS EN LOS PIES	<input type="checkbox"/>	
DIABETES	<input type="checkbox"/>	
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	
ALGUNA OTRA ENFERMEDAD U OBSERVACIÓN IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	

NOMBRE DEL PADRE / MADRE / TUTOR/A:
FIRMA:

