



Ficha médica

Dorsal núm.

Apellidos

Nombre

Edad

- Tengo alergias a medicamentos
Indicar las alergias/intolerancias

Grupo sanguíneo

Indicar ABO y Rh +/-

- Tomo medicación actualmente
Indicar medicación activa

- Tengo alguna enfermedad de las mencionadas a continuación:

- hipertensión arterial
- asma bronquial / EPOC / fibrosis pulmonar
- problemas de corazón (arritmia cardíaca, infarto de miocardio, operación cardíaca, cateterismos cardíacos, etc...)
- diabetes mellitus
- problemas de coagulación sanguínea
- problemas osteomusculares (problemas de columna, discopatias vertebrales, etc.)
- problemas neurológicos (epilepsia, hidrocefalia, pérdidas de conocimiento...)

Indicar enfermedades

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre persona de contacto

Hospital/centro donde tengo historia clínica

Teléfono