

## **FICHA MÉDICA ESTANCIAS LINGÜÍSTICAS 2017**

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

Turno Primero

Turno Segundo

(Señalar el que corresponda)

Enfermedades importantes padecidas, crónicas o temporales:

Enfermedades actuales (o anteriores que pudieran requerir atención especial durante la estancia):

Si está en tratamiento médico, indique nombre de la enfermedad, medicación y dosis:

Alergias:

Medicamentos y alimentos que no pueda tomar:

¿Tiene alguna discapacidad?  Sí  No (en caso afirmativo, especifique cual)

¿Necesita dieta específica?  Sí  No (en caso afirmativo, especifique cual)

Murcia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Firma \*

\* El participante si es mayor de edad.

\* Si es menor de edad, el padre, madre o tutor legal.