

## **FICHA MÉDICA ESTANCIAS LINGÜÍSTICAS 2018**

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

Turno Primero

Turno Segundo

(Señalar el que corresponda)

Nº de la Seguridad Social:

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 que no pueda tomar:

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

¿Tiene alguna discapacidad?     Sí     No

Murcia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Firma \*

\* El participante si es mayor de edad.

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