

## PARTAIDEAREN DATUAK

Izena				Abizenak			
Jaiotze Data	__ / __ / __	Adina		NAN			
Helbidea				Zenbakia		Pisua	Atea
Udalerria				Herrialdea			PK

## AMA / AITA / TUTOREAREN DATUAK

Izena				Abizenak			
Helbidea (Udalekua garatzen den bitartean)							
				Zenbakia		Pisua	Atea
Udalerria				Herrialdea			PK
Mugikorra							
Premiazko Deietarako Telefonoa							

## PARTAIDEARI BURUZKO INFORMAZIO GEHIGARRIA

OSAKIDETZA txartel zbk	
------------------------	--

Badu alergiairik? zein?	
-------------------------	--

Intolerantzia edo alergia dion janaririk ba al dago? zein?	
--	--

Badauka janari dieta berezirik? zein?	
---------------------------------------	--

Badio alergiairik medikamenturen bati? Zehaztu	
--	--

Oinarrizko edo espezifiko den medikamenturik hartu behar du? zein? nola eman behar zaio? kontuan izan beharko genukeen trastornorik al du? <b>ERREZETA ERANSTEA DERRIGORREZKOA DA</b>	
---	--

Jasandako gaixotasun eta jasan dituen ebakuntza ezberdinak zehaztu:	
---	--

Honako jokaerarik?	
--------------------	--

Zintzurminak  Marfundiak  Zorabioak  Burukominak  Loezina  Gaeko enuresia  Lo-ibiltze

Bestelakorik? Zehaztu	
-----------------------	--

Hartu du gammaglobulina antitetanikoa?	<input type="checkbox"/> bai <input type="checkbox"/> ez	Noiz?	
--	--	-------	--

Badaki igeri egiten?	<input type="checkbox"/> bai <input type="checkbox"/> ez
----------------------	--

# FICHA MÉDICA

# GATIKAKO UDALEKU IREKIAK

## DATOS DEL / DE LA PARTICIPANTE

Nombre		Apellidos							
Fecha nacimiento	__ / __ / ____	Edad		DNI					
Dirección				Número		Piso		Puerta	
Municipio				Territorio				CP	

## DATOS DEL AMA / AITA / TUTOR O TUTORA

Nombre		Apellidos							
Dirección (durante el udaleku)				Número		Piso		Puerta	
Municipio				Territorio				CP	
Móvil									

Teléfono para urgencias

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL / LA PARTICIPANTE

Núm. tarjeta OSAKIDETZA

¿Tiene alguna alergia? ¿Cuál?

¿Tiene alergia a algún alimento o hay alguna intolerancia? ¿Cuál?

¿Tiene alguna dieta especial? ¿Cuál?

¿Tiene alergia a algún medicamento? Especificar

¿Toma algún medicamento específico o de base? ¿Cuál? ¿Cómo se debe administrar? ¿Padece algún trastorno que se deba tener en cuenta? **IMPRESINDIBLE ADJUNTAR RECETA**

Especificar enfermedades padecidas e intervenciones quirúrgicas sufridas

¿Es propenso a ...?

Anginas  Resfriados  Mareos  Dolores de cabeza  Insomnio  Enuresis nocturna  Sonambulismo

¿Otros? Especificar

¿Ha recibido la gammaglobulina antitetánica?  sí  no ¿Cuándo?

¿Sabe nadar?  sí  no

Junto a este impreso ADJUNTAR FOTOCOPIA de la TARJETA DE OSAKIDETZA