

FUNDACIÓN URBE CAMINANTE	
FICHA MÉDICA SALIDAS DE CAMPO	
DATOS PERSONALES	
Nombre y Apellidos	
Documento de Identidad o Registro Civil	
Tipo de Sangre	
EPS	
Teléfono Casa	
Email	
OBSERVACIÓN MÉDICA	
Sufre algún tipo de alergia? Cual	
Toma Algún Medicamento? Indique Cual y Dosis	
Sufre algún tipo de Enfermedad? Cual,	
Tiene alguna dieta Especial? Cual,	
Ha sufrido algún tipo de lesión física reciente?, indique cual y fecha	
Observaciones a tener en cuenta	