

**FITXA DE SALUT**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Nº de DNI: \_\_\_\_\_

Nº de la targeta sanitària: \_\_\_\_\_

Antecedents patològics personals: Sí  No

(En cas afirmatiu, indicar quin/s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impediments físics o psíquics: Sí  No

(En cas afirmatiu, indicar quin/s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al·lèrgies, intoleràncies o dieta especial: Sí  No

(En cas afirmatiu, indicar quina/nes) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicació habitual: Sí  No

(En cas afirmatiu, indicar el nom, dosis i periodicitat) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altres observacions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Signatura*

*Data*

Nom, cognoms i DNI (pare, mare o tutor/a legal)