



**AYUNTAMIENTO DE SANTA MARTA DE TORMES  
CONCEJALIA DE FAMILIA**

## **FICHA MÉDICA**

### **DATOS DEL PARTICIPANTE**

Nombre y apellidos: .....  
Seguro médico

### **ANTECEDENTES**

Enfermedades específicas padecidas o Intervenciones quirúrgicas a destacar'

¿Padece alguna enfermedad actualmente?:

¿Alergia a medicamentos?:                    ¿A cuáles?:

Alergia alimenticias?: ..... ¿A qué alimentos?:

Algún otro tipo de alergia a destacar?

¿Sigue algún régimen de comida?

¿Tiene puesta la vacuna antitetánica?: ..... ¿Ataques epilépticos?:

.....  
¿Se orina involuntariamente?: ..... ¿Cuándo?:

.....  
¿Necesita alguna medicación o alimentación especial?:

¿Tienes algún miedo hacia algo en especial?

¿Necesita algún apoyo extra en alguna actividad?

Indíquenos circunstancias médicas a tener en cuenta:

.....  
.....  
.....

### **NOTA IMPORTANTE**

Para la Participación en las actividades ES IMPRESCINDIBLE llevar esta ficha Médica cumplimentada.

Fdo:

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de datos (RGPD) se le informa que los datos de carácter personal facilitados a través del presente formulario, así como la documentación aportada al AYUNTAMIENTO DE SANTA MARTA DE TORMES, Responsable del tratamiento, serán tratados para la finalidad del mismo, para lo que da consentimiento explícito a la posible publicación de sus datos y conservarlos mientras exista un interés mutuo para ello. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación y oposición en Pza. España 1, 37900 SANTA MARTA DE TORMES (SALAMANCA).

Email: [alcalde@santamartadetormes.org](mailto:alcalde@santamartadetormes.org) y el de reclamación a [www.santamartadetormes.es](http://www.santamartadetormes.es).

La firma del presente documento implica la aceptación de las anteriores condiciones