

ID

FICHA SANITARIA



APELLIDOS <input type="text"/>		NOMBRE <input type="text"/>	
DNI <input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>	TELF FIJO <input type="text"/>	TELF MOVIL <input type="text"/>
NOMBRE PADRE <input type="text"/>			
NOMBRE MADRE <input type="text"/>			
NOMBRE TUTOR <input type="text"/>			
DIRECCIÓN <input type="text"/>		LOCALIDAD <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>			
GRUPO SANGUÍNEO <input type="text"/>	RH <input type="text"/>	SEGURO AL QUE PERTENECE <input type="text"/>	Nº SIP/ SEGURO <input type="text"/>
ENFERMEDADES PASADAS <input type="text"/>			
ENFERMEDADES ACTUALES <input type="text"/>			
TRATAMIENTO <input type="text"/>			
DIETAS/RÉGIMENES <input type="text"/>			
ALERGICO A MEDICAMENTOS <input type="text"/>			
OTRAS ALERGIAS <input type="text"/>			
DATOS DE INTERÉS <input type="text"/>			
MOVIMIENTOS A LOS QUE PERTENECE <input type="text"/>			
NIVEL DEL MOVIMIENTO <input type="text"/>		EDUCADOR <input type="text"/>	