**Ficha Médica**

Favor rellenar todos los datos de formulario, en caso no tenga algún dato favor comunicárselo a la persona que le entregó el formulario.

Fecha: viernes, 21 de mayo de 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | | |
| Apellido | ddd | | |
| Edad | dddd | Sexo | Masculino |
| Correo | dd | | |
| Teléfono | sssdd | | |

Sistema de Salud

|  |
| --- |
|  |

Es Alérgico a:

|  |
| --- |
|  |

Observaciones:

|  |
| --- |
| No tengo alergias específicas, pero sé que me hace mal tal cosa  Lajdflajsdlfj  Dfjlakdjf |