TARJETA MÉDICA

DATOS PERSONALES DEL JINETE

Nombre:
Apellidos:
Dirección:

Tel:
Móvil:
Fecha de nacimiento:
DNI/NIE:
Tarjeta Sanitaria:

CT/LDN:

Vehículo / Remolque:
Coche marca y modelo:

Matricula:
Remolque marca y color:

Matricula:

DATOS DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Familiar más cercano:
Nombre y apellidos:

Relación:
Dirección:

Tel:
Móvil:

Segundo contacto:
Nombre y apellidos:

Relación:
Dirección:

Tel:
Móvil:

Datos médicos

Alergias médicas:

Grupo sanguíneo:
Última vacuna tétano:
Condiciones:
Cualquier enfermedad seria? Si / No
Estas embarazada? Si / No
Usas lentes de contacto? Si / No
Usas dientes postizas? Si / No
Tienes audición normal? Si / No
Condiciones médicas:
Diabetes: Si / No
Epilepsia: Si / No
Asma: Si / No
Pérdidas de conocimiento: Si / No

Otro:

Lesiones anteriores:
Lesión cabeza/ conmoción cerebral: Si / No
Cuello / dorso: Si / No
Fracturas / dislocaciones: Si / No
Tórax / abdomen: Si / No

DETALLES DE ACCIDENTE / LESIONES

Fecha. Tipo de lesión. Medico de asistencia y información adicional.

MEDICACIÓN ACTUAL

Tipo de medicación. Motivo. Fecha empezado.

Menores de 18 años:
Debe rellenar este formulario y debe estar firmado por un padre o tutor.