

FITXA MÈDICA

Dades Personals:

- **Nom i Cognoms:** _____

- **Nom del Pare:** _____
- **Nom de la Mare:** _____
- **Telèfons de contacte:** _____

Dades mèdiques:

- **Malalties importants:** _____

- **Ingressos hospitalaris:** _____

- **Intervencions quirúrgiques prèvies:** _____

- **Al·lèrgies conegudes:** _____

- **Malalties actuals:** _____

- **Dieta i règim especial:** _____

- **Tractaments actuals (especificar nom del fàrmac, dosi, via d'administració i horari):**

- **Enuresi (incontinència urinària nocturna) i alteracions del son:** _____
