CONTROL MÉDICO

1. ¿Cuánto pesa?
2. ¿Cuánto mide?
3. ¿Cuál es su grupo sanguíneo?
4. ¿Es usted alérgico a algo?
5. ¿Tiene alguna enfermedad grave?
6. ¿Lo han operado alguna vez?
7. ¿Actualmente, toma algún medicamento?
8. ¿Cómo suele tener la tensión?
9. ¿Cómo se encuentra?

Tomo varias pastillas

A los frutos secos

Soy diabético

Unos 80 kilos

Un poco alta

Creo que cero positivo

Sí, de apendicitis

Un metro setenta

Tengo náuseas y estoy mareado

LIVEWORKSHEETS