

FICHA MÉDICA

DATOS DEL ASISTENTE Nombre y apellidos: Fecha de nacimiento:..... n° DNI..... Domicilio:.....Localidad:..... Nº Seguridad Social..... Grupo Sanguíneo:..... Parroquia a la que pertenece..... Talla de camiseta: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	Pegar foto carnet
--	-------------------

DATOS FAMILIARES Nombre del Padre:..... Nombre de la madre:..... En caso de emergencia avisar a: Nombre..... Parentesco:..... Teléfono casa:..... /Trabajo: / Móvil:..... Otra persona de contacto y sus datos: Nombre..... Parentesco:..... Teléfono casa:..... /Trabajo: / Móvil:..... Correo Electrónico:.....
--

DATOS MÉDICOS GENERALES Marque con una X la opción que corresponda a su hijo(a):

1) Enfermedades:

No padece ninguna enfermedad crónica y puede participar en todas las actividades. NO _____
Padece actualmente alguna de las siguientes enfermedades (marque las opciones necesarias):

- Asma o problemas respiratorios SI _____ NO _____
- Migrañas o cefaleas frecuentes (dolor de cabeza) SI _____ NO _____
- Problemas cardiacos SI _____ NO _____
- Incontinencia urinaria nocturna o algún problema de control de esfínteres SI _____ NO _____
- Infecciones de oído frecuentes SI _____ NO _____
- Problemas digestivos SI _____ NO _____
- Problemas con el sueño (insomnio, sonambulismo, etc.) SI _____ NO _____
- Ataques epilépticos SI _____ NO _____
- Otras (especificar):.....

En caso de tener alguna o algunas de estas enfermedades, indique el tratamiento que debemos seguir en caso de presentarse una crisis (si lo considera necesario, adjunte una hoja aparte):

.....
.....

Indíquenos otras circunstancias médicas a tener en cuenta.....
.....

¿Durante el campamento, ha de seguir algún tipo de tratamiento médico? SI _____ NO _____
(En caso afirmativo anexe la información detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, la dosis, el horario que se debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento).

2) Vacunación:

Mi hijo(a) está correctamente vacunado según calendario de vacunaciones. SI _____

Mi hijo(a) no está vacunado según calendario de vacunaciones. NO _____

¿Qué vacuna le hace falta?.....

Fecha de la última antitetánica:.....

¿Sabe nadar?: SI _____ NO _____

Especifique su nivel: BIEN_____ REGULAR_____ MAL_____

4)Alergias o intolerancias (especificar):

Mi hijo(a) no tiene ni padece alergia/intolerancia conocida hasta la fecha. NO_____

Mi hijo(a) es alérgico/intolerante SI_____ a:

- El siguiente tipo de comida:.....
.....
- A los siguientes medicamentos:.....
.....
- A las siguientes sustancias (picaduras de insectos, plantas, animales, polen, etc.):.....
.....

¿Cómo se manifiesta la alergia?.....

Nivel de alergia (leve, moderado, grave).....

Medicación o medidas de actuación en caso de reacción alérgica:.....
.....
.....

5) Por favor conteste a estas otras preguntas (explique en caso de responder afirmativamente):

- ¿Ha sido hospitalizado o se le ha practicado algún tipo de cirugía relevante? SI_____ NO_____
- ¿Padece algún trastorno tipo TDAH (deficit de atención, hiperactividad,...)? SI_____ NO_____
- ¿Tiene algún problema físico, muscular, articular u óseo que le impida participar en alguna actividad del campamento? SI_____ NO_____
- ¿Suele hacerse esguinces o tendinitis con facilidad? SI_____ NO_____
- ¿Se mareta durante o después de hacer ejercicio? SI_____ NO_____
- ¿Ha presentado dolores de pecho durante o después de hacer ejercicio? SI_____ NO_____
- ¿Tiene algún problema de audición, visión y utiliza algún dispositivo auxiliar (gafas, audífono, prótesis dentales... que requiera de algún cuidado especial)? SI_____ NO_____
- ¿Presenta alguna enfermedad o problema dermatológico? SI_____ NO_____
- ¿Sufre hemorragias nasales? SI_____ NO_____
- **Si tiene algún comentario o información adicional que debemos saber sobre su hijo(a) indíquenos por favor, o bien, anexe la información:**.....
.....
.....
.....

NOTAS:

1) IMPRESCINDIBLE LLEVAR TARJETA ORIGINAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL O SEGURO MEDICO.

2) EN CASO DE NECESITAR MEDICACIÓN, DEBERÁN ENTREGAR CANTIDAD SUFICIENTE DEL MEDICAMENTO PARA TODO LOS DÍAS.

(Entregar ambas cosas a su monitor de referencia el día de la salida al campamento)

FIRMA Y FECHA del Padre/madre/tutor legal
