

FICHA MÉDICA



DATOS DEL/LA PARTICIPANTE

Nombre completo:
Fecha de nacimiento:

Edad:
DNI:

TIPO DE SEGURO

Marque el que proceda

<input type="checkbox"/>	Régimen General de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál?
--------------------------	----------------------------------------	--------------------------	-------------

ALERGIAS E INTOLERANCIAS

Señale con una X si posee alguna de las alergias indicadas

<input type="checkbox"/>	Plantas, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	Polvo, ¿Cuál?	
<input type="checkbox"/>	Medicamentos, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	Alimentos, ¿Cuál?	
<input type="checkbox"/>	Insectos, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	Animales, ¿Cuál?	
<input type="checkbox"/>	Otras Alergias, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>		No, no tiene ninguna alergia conocida

Si tiene algún tipo de alergia, y está siguiendo algún tratamiento, indíquelo.

Es propenso/a a:

<input type="checkbox"/>	Insomnio	<input type="checkbox"/>	Mareos
<input type="checkbox"/>	Fiebres	<input type="checkbox"/>	Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/>	Crisis Epilépticas	<input type="checkbox"/>	Dolores estomacales/Ardores
<input type="checkbox"/>	Bajadas de tensión	<input type="checkbox"/>	Dolores Menstruales
<input type="checkbox"/>	Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	

Indique cualquier otra cuestión de interés

Vacunas

¿Sigue el calendario de vacunaciones acorde a su edad? _____ En caso de no seguirlo, indique que vacunas si tiene puestas:

Adjuntar una fotocopia de la cartilla de vacunaciones

DISCAPACIDAD

¿Posee certificado de discapacidad? _____ En caso afirmativo, indique el porcentaje: _____.

¿Tiene alguna discapacidad que sea necesario conocer para su correcta participación en la actividad? Indíquelo:

Necesidades de atención especial

¿Su hijo o hija requiera alguna necesidad de atención especial que debemos conocer para el correcto desarrollo de la actividad?. Detalle la información necesaria:

MEDICACIÓN

¿Tiene que tomar alguna medicación durante la actividad? : _____

En caso afirmativo indique cuál, así como el tratamiento, dosis y frecuencia con la que debemos administrárselo. Adjunte en caso de ser necesario copia del volante médico o informe médico.

Autorizo a los responsables de la actividad en la que está inscrito mi hijo/a, a administrar los medicamentos arriba indicados por prescripción médica durante los días de duración de la actividad.

Fdo.: _____

Temores o Fobias

Indique si tiene algún temor o fobia que pueda afectar a su normal desarrollo en el campamento.

Otros aspectos de interés

Indique cualquier otro aspecto que considere que debemos conocer y que no haya sido reflejado a lo largo de la Ficha.

Nombre y DNI de la persona que rellena la FICHA:

Firmado