



# CAMPAMENTO VALDEMORILLO 2014

## Ficha médica Parroquia S. Francisco Javier

1 DATOS DEL NIÑO		
APELLIDOS	NOMBRE	DNI
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA	TLF. CONTACTO
2 FICHA SANITARIA (ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA CARTILLA DE VACUNACIÓN)		
SEGURO MEDICO		Nº DE POLIZA SS
<input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL	<input type="checkbox"/> SEGURO MÉDICO PRIVADO	
PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS		
¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MEDICOS)	
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MEDICOS)	
¿ESTA OPERADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿DE QUE?	
ALERGIAS Y DIETAS ESPECÍFICAS		
¿ES ALERGICO A ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MEDICOS)	
¿ES ALERGICO A ALGUN ALIMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL? (APORTAR INFORMES MEDICOS)	
¿PRESENTA OTRAS ALERGIAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿A QUE? (APORTAR INFORMES MEDICOS)	
¿SIGUE ALGUN REGIMEN O DIETA ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁL?	PESO APROXIMADO DEL NIÑO
MEDICACIÓN		
¿ESTA TOMANDO ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
(Adjuntar medicamento, receta médica e instrucciones de administración)		
¿QUÉ SE LE SUELE ADMINISTRAR PARA PATOLOGÍAS LEVES? (DOLOR DE CABEZA, FEBRÍCULA...)	¿CUÁL?	DOSIS
OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS	PAUTAS (FORMA DE ADMINISTRACION, HORARIO...)	
SABE NADAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO: <input type="checkbox"/> BIEN <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAL		
NOTA: OS ROGAMOS QUE SEAIS LO MAS REALISTAS POSIBLE.		
3 AUTORIZACIÓN		
DECLARO que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas, ni para el normal desarrollo de la vida cotidiana de la actividad. Y AUTORIZO a que, en caso de urgencia, el/la responsable tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.		
En Pinto a ____ de _____ de 2014		
FIRMADO: _____		
NIF: _____		