

**INFORMACIÓN MÉDICA****NOMBRE Y APELLIDOS:**

¿Presenta alguna enfermedad que requiera tratamiento permanente?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el motivo

Indique si ha presentado alguna de estas enfermedades:

Asma bronquial  Mareos  Síncopes  Epilepsias  Enfermedad celiaca  Diabetes  
 Otras \_\_\_\_\_

¿Tiene hemorragias frecuentemente?  Sí  No

¿Alergia a los alimentos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique cuales

¿Alergia a medicamentos?  Sí  No

En caso afirmativo, indique cuales

Otras alergias  Sí  No

En caso afirmativo, indique cuales

¿Tiene la vacuna antitetánica?  Sí  No Fecha de la última vacuna \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo  A  B  AB  O  Desconocido

RH sanguíneo  Positivo  Negativo  Desconocido

Presenta  Enuresis  Alteraciones del sueño  Sonambulismo

¿Necesita alguna dieta especial?  Sí  No

¿Toma algún medicamento actualmente?  Sí  No

En caso afirmativo, indique cuales y su posología

¿Tiene algún problema físico que le impida hacer actividades como correr, andar, nadar o cualquier otra actividad física?  Sí  No

En caso afirmativo, indique cual

Declaro que:

Todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para la realización de las actividades propuestas en el campamento. Así mismo, autorizo a su personal a que, en caso de accidente, le trasladen al centro sanitario más cercano y entreguen esta ficha al equipo médico que atienda la incidencia. En caso de urgencia, autorizo a que dicho personal tome las decisiones necesarias para velar por la salud del menor siempre que el médico no pueda hacerlo por sí mismo.

*Firma del padre, madre o tutor*