

FICHA SANITARIA

DATOS PERSONALES

Apellidos:		Nombre:		Fotografía reciente
Fecha de nacimiento:	Edad:	Origen:		

DATOS DE CONTACTO

Apellidos:		Nombre:	
Relación de parentesco:			
Dirección durante el transcurso del campamento:			

Teléfonos de contacto en caso de necesidad (rellene por orden de preferencia)

1. _____ preguntar por _____, parentesco _____
2. _____ preguntar por _____, parentesco _____
3. _____ preguntar por _____, parentesco _____

DOCUMENTOS IMPRESCINDIBLES ADJUNTOS

Tarjeta sanitaria pública (obligatorio)	<input type="checkbox"/>	Nº de tarjeta _____
Tarjeta sanitaria privada (opcional)	<input type="checkbox"/>	Nº de tarjeta _____ Compañía de tarjeta _____
Fotocopia de informes médicos y tratamientos	<input type="checkbox"/>	_____

Estos documentos serán tratados de forma confidencial y devueltos al finalizar la estancia.

CUESTIONARIO SANITARIO

Marque la casilla que proceda si padece o es propenso a tener:

Mareos	<input type="checkbox"/>	Anginas	<input type="checkbox"/>
Hemorragia nasal	<input type="checkbox"/>	Faringitis	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	Infecciones buco dentales	<input type="checkbox"/>
Diarrea	<input type="checkbox"/>	Calambres	<input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Alteraciones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	Crisis convulsivas	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Problemas en la piel	<input type="checkbox"/>
Afonía	<input type="checkbox"/>	Reacción exagerada tras la picadura de un insecto	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>

Sonambulismo <input type="checkbox"/>	Terros nocturnos <input type="checkbox"/>
Quemaduras solares <input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos <input type="checkbox"/>
Resfriados frecuentes <input type="checkbox"/>	Infecciones de oído <input type="checkbox"/>

Intervenciones quirúrgicas:

Otros problemas de interés (exponga aquí otras dolencias de interés):

MEDICACIÓN

¿Está sometido a algún tratamiento médico que deba seguir durante su estancia?

Si necesita medicación crónica, adjuntar instrucciones del tratamiento (pautas y dosis), autorización e informe médico. El número de dosis que traiga debe ser suficiente para los 15 días y contemplar posibles extravíos. Como consecuencia de la entrega, se autoriza implícitamente a administrar dicha medicación durante el campamento.

Medicamento	Dosis para cada día			
	Desayuno	Comida	Merienda	Cena

REACCIONES ALÉRGICAS

Reacciones alérgicas (En caso afirmativo indicar tipo y tratamiento en caso de reacción)

Alimento ¿Cuál? _____ Tratamiento _____

Medicamento ¿Cuál? _____ Tratamiento _____

Picadura de insectos ¿Cuál? _____ Tratamiento _____

Animales ¿Cuál? _____ Tratamiento _____

Vegetación ¿Cuál? _____ Tratamiento _____

Otros ¿Cuál? _____ Tratamiento _____

VACUNAS

Calendario de vacunación completo según CCAA

OTROS CUIDADOS

Grupo sanguíneo:

¿Tiene alguna restricción expresa para participar en alguna de las actividades programadas?

¿Debe seguir algún tipo de régimen, dieta o control alimentario durante la estancia? (en caso afirmativo indicar el motivo: intolerancia al gluten lactosa, alergia al huevo, frutos secos, etc.)

¿Requiere atención nocturna especial (insomnio, enuresis, sonambulismo)?

¿Requiere atención especial debido a alguna circunstancia familiar reciente o debido a su carácter?

¿Sabe nadar? ¿(qué soltura / nivel de natación tiene)?

¿Esfuerzos físicos que no pueda realizar?

Otras observaciones: indique otros cuidados que deban conocer los responsables y que no estén recogidos en el formulario:

IMPORTANTE

La falta de respuesta a alguno de estos apartados dar a entender que no existen problemas de salud. Al cumplimentar la ficha sanitaria manifiesta que los datos expuestos son ciertos no ocultando ningún dato que pueda ser relevante para la salud del niño o de otro participante o para el buen desarrollo de la actividad. No se admitirán fichas sanitarias que no estén firmados de forma original.

DECLARO / AUTORIZO

DECLARO que todos los datos 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.

AUTORIZO a la administración de la medicación indicada o así como el desplazamiento a centros sanitarios en caso que fuera necesario y que, en caso de urgencia, el coordinador tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.

Firma:

Fecha: