

FICHA PERSONAL Y MÉDICA

Apellido y nombres:

Grupo Sanguíneo:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Domicilio: Calle

Nro

Piso y dpto

Localidad

Provincia:

C.P.:

Teléfonos: 1) _____ 2) _____

Nombre del Padre:

Vive?

Nombre de la Madre:

Vive?

Dirección y teléfono de los padres **durante el campamento:**

Padre:

Madre:

Teléfono laboral de los padres:

Horario en que se los puede contactar:

Otro contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono):

Obra Social:

Plan:

Nº socio:

¿Puede participar en caminatas? SI - NO

¿Es alérgico a la sulfamida? SI - NO - NO SÉ

Motivos y/o condicionantes:

Es alérgico a:

¿Usa aparatos dentales? SI - NO ¿De qué tipo?

¿Los lleva?

Enfermedades que padece o a las que es propenso (tachar lo que no corresponda):

Tiene temor a: Oscuridad SI - NO. Animales SI - NO.

Tormentas SI - NO. Insectos SI - NO

Le teme a:

Epilepsia. Afecciones de la nariz - ojos - oídos. Asma. Bronquitis. Resfríos. Desmayos. Constipación. Sonambulismo. Trastornos digestivos - hepáticos.

Otras (¿cuáles?):

¿Está siguiendo algún tratamiento? SI -NO ¿Cuál?

Enfermedades padecidas (tachar lo que no corresponda):

¿Debe tomar algún remedio? SI -NO Indique nombre y dosis:

¿Lo lleva?

Difteria. Disentería. Escarlatina. Hepatitis. Paperas. Poliomieltis. Rubeola. Sarampión. Sinusitis. Tos convulsa. Varicela.

Otras (¿cuáles?):

¿Tiene alguna dieta de comidas? SI -NO Si marcó sí, indique ¿Cuál? -Vegetariana - Celíaca

Intervenciones quirúrgicas: Apendicitis. Hernia. Amigdalitis.

Otras:

¿Ha sufrido algún problema cardíaco o circulatorio? SI - NO ¿Cuál?

¿Sufrió fracturas? SI - NO ¿Cuáles?

¿Sabe nadar? SI - NO

¿Tiene problemas de coagulación? SI - NO - NO SÉ

¿Es alérgico a la penicilina? SI - NO - NO SÉ

Fecha de aplicación de la vacuna Antitetánica:

Observaciones (Deje constancia de cualquier indicación que crea necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo):

Declaro que los datos que proporciono en la presente ficha son verídicos según mi conocimiento y autorizo, en caso de emergencia, a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Firma padre o madre:

Aclaración:

Nº Documento:

Lugar y fecha:

Certifico que posee buen estado de salud general y se encuentra física y psíquicamente apto/a para participar de actividades de montaña y vida en la naturaleza.

Firma y sello del médico responsable:

Fecha: