

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 Tutor 1: _____ Vive? _____
 Nombre del Tutor 2: _____ Vive? _____

Teléfono del Tutor 1 **durante el campamento:**
 Teléfono del Tutor 1 **durante el campamento:**
 Otro contacto en caso de emergencia (nombre y teléfono): _____

Obra Social: _____ Plan: _____ N° socio: _____

¿Puede participar en caminatas? SI - NO
 Motivos y/o condicionantes: _____

¿Lo han operado alguna vez? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique de qué: _____

¿Usa aparatos dentales? SI – NO ¿De qué tipo?
 ¿Los lleva? _____

¿Ha estado internado por algo? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique por qué: _____

¿Tiene alguna enfermedad crónica? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

¿Tiene alguna afección del sueño (sonambulismo, gritos o movimientos bruscos al dormir)? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

¿Ha tenido algún desmayo o pérdida del conocimiento? SI – NO

¿Es alérgico alguna sustancia? SI - NO - NO SÉ
 En caso afirmativo especifique a cual y señale qué síntomas le provoca: _____

¿Tiene alguna afección gástrica, intestinal o hepática? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

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

Hay algún motivo que le impida practicar ejercicio o que le produzca alguna molestia al practicarlo?
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

¿Tiene alguna dieta de comidas? SI – NO
 Indique cuál: Vegetariana - Celíaca – libre de lactosa

¿Es diabético o le han detectado niveles altos de azúcar en la sangre? SI – NO

¿Sufrió fracturas? SI - NO
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

¿Tiene o ha tenido convulsiones o epilepsia?
 SI – NO

¿Cuáles de estas enfermedades ha padecido? (tachar lo que no corresponda):
 Difteria. Disenteria. Escarlatina. Hepatitis. Paperas. Poliomieltitis. Rubeola. Sarampión. Sinusitis. Tos convulsa. Varicela. Otras (¿cuáles?): _____

¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad pulmonar (asma, bronquitis, tuberculosis)? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

Tiene temor a: Oscuridad SI - NO. Tormentas SI - NO.
 Insectos SI - NO
 Otros: _____

¿Ha estado o está en tratamiento psicológico o psiquiátrico? SI- NO
 En caso afirmativo, especifique por qué:
 ¿Ha tenido o tiene algún problema cardíaco o enfermedad del corazón? SI – NO
 En caso afirmativo, especifique cual: _____

¿Sabe nadar? SI – NO

¿Está siguiendo algún tratamiento? SI - NO

¿Debe tomar algún remedio durante el campamento? SI - NO ¿Tiene problemas de coagulación? SI - NO - NO SÉ

Indique motivo, nombre y dosis:

Fecha en la que se aplicó la vacuna Antitetánica por última vez:

(Importante: ADJUNTAR CERTIFICADO O FOTOCOPIA DE LA LIBRETA SANITARIA QUE ACREDITE LA FECHA MENCIONADA)

¿Hay algún detalle que no haya sido expresado anteriormente y que deban conocer el personal médico y docente a cargo? SI - NO
En caso afirmativo, especifique cual:

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, madre o tutor:

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:

|