

FICHA PERSONAL Y MÉDICA

Apellido y nombres:

Grupo Sanguíneo:

Fecha de nacimiento: DNI:
Domicilio: Calle: Nro: Piso y dpto.:
Localidad: Provincia: C.P.:
Teléfono: 1) _____ 2) _____

Nombre y teléfono del Tutor 1 **durante el campamento:**

Nombre y teléfono del Tutor 2 **durante el campamento:**

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

Obra Social (si posee): Plan: N° socio:

¿Puede participar en caminatas? SI - NO
En caso de NO, indique motivos y/o condicionantes:

¿Ha tenido o tiene algún problema cardíaco o enfermedad del corazón? SI - NO
En caso afirmativo, especifique cual:

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

¿Ha sufrido alguna operación SI - NO
En caso afirmativo, especifique de qué:

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

¿Ha estado internado/a por algo? SI - NO
En caso afirmativo, especifique por qué:

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

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

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

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

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

¿Hay algún motivo que le impida practicar ejercicio o que le produzca alguna molestia al practicarlo? SI - NO
En caso afirmativo, especifique cual:

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

¿Padece Diabetes o le han detectado niveles altos de azúcar en la sangre? SI - NO

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

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

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

¿Cuáles de estas enfermedades ha padecido? (TACHAR lo que NO corresponda):
Difteria. Disentería. Escarlatina. Hepatitis. Paperas. Poliomiélitis. Rubéola. Sarampión. Sinusitis. Tos convulsa. Varicela. Fiebre reumática. Nefritis. Erisipela. Asma bronquial. Hernias. Tuberculosis. Meningitis. Bocio. Pleuresía

¿Ha estado o está en tratamiento psicológico o psiquiátrico?
SI - NO
En caso afirmativo, especifique por qué:

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

¿Está siguiendo algún tratamiento médico? SI - NO

¿Debe tomar algún remedio durante el campamento? SI - NO
Indique motivo, nombre y dosis:

¿Sabe nadar? SI - NO

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

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

(Importante: ADJUNTAR CERTIFICADO O FOTOCOPIA DE LA LIBRETA SANITARIA QUE ACREDITE LA APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTITETÁNICA)

¿Hay algún detalle que no haya sido expresado anteriormente y que deban conocer el personal médico y docente a cargo?
(Recuerde informar todo, y no obviar ningún detalle) 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: