**FICHA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL ASISTENTE**Nombre y apellidos: .............................................................................................Fecha de nacimiento:............................................... nº DNI............................... Domicilio:...................................................................Localidad:............................ Nº Seguridad Social.................................................. Grupo Sanguíneo:..............Parroquia a la que pertenece................................................................................ | **Pegar foto carnet** |

**DATOS FAMILIARES**

Nombre del Padre:............................................ Nombre de la madre:...............................................

En caso de emergencia avisar a: Nombre.................................. Parentesco:...................................

Teléfono casa:........................... /Trabajo: ..................................... / Móvil:.......................................

Otra persona de contacto y sus datos: Nombre.............................Parentesco:................................

Teléfono casa:........................... /Trabajo: ..................................... / Móvil:.......................................

Correo Electrónico:.............................................................................................................................

**DATOS MÉDICOS GENERALES** Marque con una X la opción que corresponda a su hijo(a):

**1) Enfermedades:**

No padece ninguna enfermedad crónica y puede participar en todas las actividades. NO\_\_\_\_\_\_

Padece actualmente alguna de las siguientes enfermedades (marque las opciones necesarias):

* Asma o problemas respiratorios SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Migrañas o cefaleas frecuentes (dolor de cabeza) SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Problemas cardiacos SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Incontinencia urinaria nocturna o algún problema de control de esfínteres SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Infecciones de oído frecuentes SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Problemas digestivos SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Problemas con el sueño (insomnio, sonambulismo, etc.) SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Ataques epilépticos SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* Otras (especificar):........................................................................................................................

......................................................................................................................................................

En caso de tener alguna o algunas de estas enfermedades, indique el tratamiento que debemos seguir en caso de presentarse una crisis (si lo considera necesario, adjunte una hoja aparte): ............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

Indíquenos otras circunstancias médicas a tener en cuenta.............................................................

...........................................................................................................................................................

¿Durante el campamento, ha de seguir algún tipo de tratamiento médico? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

(**En caso afirmativo anexe la información detallada aparte**, indicando el nombre del medicamento, la dosis, el horario que se debe seguir y la razón por la cual está en tratamiento).

**2) Vacunación:**

Mi hijo(a) está correctamente vacunado según calendario de vacunaciones. SI\_\_\_\_

Mi hijo(a) no está vacunado según calendario de vacunaciones. NO\_\_\_\_

¿Qué vacuna le hace falta?...............................................................................................................

Fecha de la última antitetánica:.........................................................................................................

**¿Sabe nadar?:** SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

Especifique su nivel: BIEN\_\_\_\_\_ REGULAR\_\_\_\_\_\_ MAL\_\_\_\_\_\_

**4)Alergias o intolerancias (especificar):**

Mi hijo(a) no tiene ni padece alergia/intolerancia conocida hasta la fecha. NO\_\_\_\_

Mi hijo(a) es alérgico/intolerante SI\_\_\_\_ a:

* El siguiente tipo de comida:..........................................................................................................

......................................................................................................................................................

* A los siguientes medicamentos:...................................................................................................

......................................................................................................................................................

* A las siguientes substancias (picaduras de insectos, plantas, animales, polen, etc.):..................

.......................................................................................................................................................

¿Cómo se manifiesta la alergia?........................................................................................................

Nivel de alergia (leve, moderado, grave)............................................................................................

Medicación o medidas de actuación en caso de reacción alérgica:...................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5) Por favor conteste a estas otras preguntas (explique en caso de responder afirmativamente):**

* ¿Ha sido hospitalizado o se le ha practicado algún tipo de cirugía relevante? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Padece algún trastorno tipo TDAH (deficit de atención, hiperactividad,...)? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Tiene algún problema físico, muscular, articular u óseo que le impida participar en alguna actividad del campamento? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Suele hacerse esguinces o tendinitis con facilidad? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Se marea durante o después de hacer ejercicio? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Ha presentado dolores de pecho durante o después de hacer ejercicio? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Tiene algún problema de audición, visión y utiliza algún dispositivo auxiliar (gafas, audífono, prótesis dentales... que requiera de algún cuidado especial)? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Presenta alguna enfermedad o problema dermatológico? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* ¿Sufre hemorragias nasales? SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_
* **Si tiene algún comentario o información adicional que debamos saber sobre su hijo(a) indíquenos por favor, o bien, anexe la información:**................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

**NOTAS:**

**1) IMPRESCINDIBLE LLEVAR TARJETA ORIGINAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL O SEGURO MEDICO.**

**2) EN CASO DE NECESITAR MEDICACIÓN, DEBERÁN ENTREGAR CANTIDAD SUFICIENTE DEL MEDICAMENTO PARA TODO LOS DÍAS.**

**FIRMA Y FECHA del Padre/madre/ o tutor legal**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**