

Formulario de información médica

Con este documento médico, se da toda la información personal necesaria para los líderes del campamento internacional de Krinkel. El grupo de líderes la usarán sólo en caso de emergencia (accidente o enfermedad) y siempre de confianza.

Rellene este formulario lo más completamente como sea posible e imprímalo 2 veces. Dar una copia a los líderes en Krinkel y guarda una en tu maleta.



Identidad

Nombre

Apellido

Sexo

Fecha de nacimiento
DD/MM/AAAA

Email

Número de teléfono

Número de teléfono
de tus padres/tutor(es)

Quién se puede tomar contacto cuando no se puede encontrar a tus padres/ tutor(es)?

Nombre

Número de teléfono

Dirección

Calle & nr.

Ciudad

Código postal

País

Información médica



Enfermedades o procedimientos quirúrgicos anteriores?

Estás vacunado contra el tétanos?

☐ Sí, el año

☐ No

Sufres por uno de estos estados?

Asma ☐ Sí ☐ No

La epilepsia ☐ Sí ☐ No

Enfermedad cardiovascular ☐ Sí ☐ No

La fiebre del heno ☐ Sí ☐ No

Enfermedad cutánea ☐ Sí ☐ No

Reumatismo ☐ Sí ☐ No

Sonambulismo ☐ Sí ☐ No

La diabetes ☐ Sí ☐ No

Alergia a alimentos

Alergia de la sustancia

Alergia a ciertos medicamentos

Otro?



Qué tienen que saber los líderes sobre los estados anteriores?
Qué tiene que pasar en caso de emergencia?

Otro

Vegetariano, halal o otra dieta?

☐ Sí ☐ No

Sí, especifica:

Tienes que tomar unos medicamentos durante el campamento?

☐ Sí ☐ No

*Sí, cuáles y cuántas
veces/ cuándo?*

Estás cansado rápidamente?

☐ Sí ☐ No

Puedes participar en deporte y juegos activos?

☐ Sí ☐ No

Sabes a nadar?

☐ Sí ☐ No

Líderes - excepto por primeros auxilios - no pueden realizar procedimientos médicos por su propia iniciativa. Sin consentimiento de los padres, los líderes no pueden administrar medicamentos analgésicos o antipiréticos suaves. A continuación, se puede darles ese permiso, para que esas preocupaciones no tienen que ser tratadas por un médico. En Krinkel hay médicos de guardia en caso de que los participantes necesitan atención médica de emergencia.



Damos el permiso a los líderes a administrar a nuestro hijo/hija, en caso de emergencia, medicamentos analgésicos o antipiréticos en dosis leve.

☐ Sí ☐ No

El abajo firmante asegura que la información proporcionada está completa y correcta.

Nombre y apellido

Fecha

Firma