

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:

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

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

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

¿Los lleva?

Tiene temor a: Oscuridad SI - NO.

Animales SI - NO. Tormentas SI - NO.

Insectos SI - NO

Le teme a:

¿Está siguiendo algún tratamiento? SI -NO

¿Cuál?

¿Debe tomar algún remedio? SI -NO

Indique nombre y dosis:

¿Lo lleva?

¿Tiene alguna dieta de comidas? SI -NO Si

marcó sí, indique ¿Cuál? -Vegetariana -

Celíaca

¿Ha sufrido algún problema cardíaco o

circulatorio? SI -NO ¿Cuál?

¿Sabe nadar? SI - NO

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

Es alérgico a:

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

Epilepsia. Afecciones de la nariz - ojos - oídos.

Asma. Bronquitis. Resfríos. Desmayos.

Constipación. Sonambulismo. Trastornos

digestivos - hepáticos.

Otras (¿cuáles?):

Enfermedades padecidas (tachar lo que no corresponda):

Difteria. Disentería. Escarlatina. Hepatitis.

Paperas. Poliomiélitis. Rubeola. Sarampión.

Sinusitis. Tos convulsa. Varicela.

Otras (¿cuáles?):

Intervenciones quirúrgicas: Apendicitis.

Hernia. Amigdalitis.

Otras:

¿Sufrió fracturas? SI - NO ¿Cuáles?

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:

Certificación médica

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: